

Una vejez activa en España

Grupo de Población del CSIC



Informe **Una vejez activa en España**

Grupo de Población del CSIC



Equipo de investigación

CSIC

Coordinación

Diego Ramiro Fariñas

Integrantes

Antonio Abellán García

María Ángeles Durán Heras

Gloria Fernández-Mayoralas

Julio Pérez Díaz

Vicente Rodríguez Rodríguez

Fermina Rojo-Pérez

Expertos colaboradores

Michel Oris, Universidad de Ginebra, Centro interdisciplinar para el estudio de la Gerontología y la Vulnerabilidad; y Centro nacional de aptitud investigadora LIVES.

Rocío Fernández-Ballesteros, Catedrática Emérita del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, en la Universidad Autónoma de Madrid. Experta española en estudio sobre envejecimiento activo.

Alan Walker, Catedrático de Política Social y Gerontología Social en la Universidad de Sheffield. Director del programa New Dynamics of Ageing Programme y de las redes European Research Area in Ageing (ERA-AGE2) and the FUTURAGE Project.

Editado por: **EDIMSA** Editores Médicos, S.A.

ISBN-13: 978-84-7714-383-3

Depósito legal: M-38179-2012

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN. LA VEJEZ ACTIVA EN EL CONTEXTO DE OTRAS FORMAS DE ENVEJECER	7
2. CONTEXTO DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD	15
A. CONTEXTO HISTÓRICO Y MODERNIZACIÓN DEMOGRÁFICA.....	15
B. PROCESO HASTA HOY	17
i. Descenso de la mortalidad	17
ii. Descenso de la fecundidad.....	19
C. SITUACIÓN ACTUAL Y ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO	20
i. Estructura por edades actual	20
ii. La relación de dependencia entre edades	24
iii. El perfil sociodemográfico de los mayores	25
iv. Diferencias geográficas: entre la modernización y el declive poblacional	28
v. Estado de salud y discapacidad	29
D. COMENTARIO FINAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SUS CONSECUENCIAS	31
E. REFERENCIAS GENERALES PARA ESTE APARTADO	32
3. ENVEJECIMIENTO ACTIVO. ALGUNAS REFLEXIONES DEL AÑO EUROPEO (2012) DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL.....	35
4. EL CAPITAL-TIEMPO Y LA POSICIÓN ECONÓMICA DE LOS MAYORES	41
A. LA POSICIÓN ECONÓMICA DE LOS MAYORES.....	41
B. LA DURACIÓN DEL PERÍODO LABORAL Y LA JUBILACIÓN	42
C. PATRIMONIO, RENTAS Y CONSUMO	43
D. EL CAPITAL-TIEMPO Y SU DISTRIBUCIÓN ENTRE LOS MAYORES.....	46



5. ACTIVIDADES DE OCIO Y PARTICIPACIÓN COMO BASE DE UNA VEJEZ ACTIVA.....	53
A. UNA PROPUESTA DE ANÁLISIS DE LA VEJEZ ACTIVA	54
B. BREVE DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA	55
C. A QUÉ DEDICAN LOS ADULTOS MAYORES EN ESPAÑA SU TIEMPO LIBRE ACTIVO	56
i. ¿Cuáles son las actividades practicadas por los mayores y cuál la frecuencia de su práctica?	56
ii. Hacia una clasificación de las actividades de ocio y participación y de los sujetos que las practican	60
iii. Rasgos sociodemográficos, salud y entorno físico y social en el ordenamiento del tiempo libre en la vejez.....	63
iv. Forma de vida activa y bienestar personal como indicador de calidad de vida en la vejez	73
v. Hacia un modelo de vejez activa: factores promotores o limitadores de la forma de vida activa en la vejez	74
D. A MODO DE CONCLUSIONES	78
6 ENVEJECIMIENTO ACTIVO: ALGUNAS CONSIDERACIONES BÁSICAS	83
A. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO: QUÉ ES Y A QUE SE DEBE	83
B. ALGUNOS ELEMENTOS PARA LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	84
C. AMENAZAS PARA LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	87
D. CONCLUSIONES.....	87
7 ENVEJECIMIENTO ACTIVO: DESARROLLANDO SU POTENCIAL.....	91
8. RECOMENDACIONES	95
9. BIBLIOGRAFÍA	101
10. BIOGRAFÍAS	107

1

INTRODUCCIÓN. LA VEJEZ ACTIVA EN EL CONTEXTO DE OTRAS FORMAS DE ENVEJECER



1

INTRODUCCIÓN. LA VEJEZ ACTIVA EN EL CONTEXTO DE OTRAS FORMAS DE ENVEJECER

A medida que la población en sociedades desarrolladas ha ido asentando la tendencia hacia el control de la mortalidad y de la fecundidad, su estructura ha ido envejeciendo de forma muy notable hasta llegar a alcanzar valores absolutos y relativos relevantes. Esta situación, extendida en gran parte de Europa, representa ante todo un reto para la sociedad y los gobiernos en múltiples aspectos. Pero también lo es para los individuos y sus estructuras sociales por cuanto afecta a decisiones, vitales y esenciales, en su modo de vida y organización social. Sin duda, la entrada en la jubilación marca un evento vital que necesita ser aprehendido y gestionado de forma adecuada para evitar caer en imágenes de 'inactividad' y en situaciones de exclusión, una vez abandonado el tiempo de trabajo (Walker, 2008). La generalización de los efectos (sociales y económicos) del Estado de Bienestar y la articulación social y política de las personas de edad han generado las condiciones básicas para entender y superar las visiones negativas de la vejez. El envejecimiento activo, dentro de estos profundos cambios demográficos y sociales, sería por lo tanto el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen.

Envejecer de forma activa ha emergido, como paradigma, desde hace varias décadas (Avramov y Maskova, 2003) hasta su adopción, por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 (WHO, 2002), como objetivo para recoger las tres dimensiones esenciales (física, mental y bienestar

social) que refuerzan la salud, la participación social y la seguridad como pilares de la calidad de vida de las personas. Y es que el concepto de envejecimiento activo ha sido utilizado como fundamento en una línea de investigación clásica en los estudios sobre la población de edad, pero también ha servido como un instrumento al servicio de organizaciones internacionales (ONU, OMS, OCDE, UE,...) como guía en la planificación de políticas públicas. Tampoco han escapado a esta tendencia una multiplicidad de entes administrativos, nacionales, regionales y locales, que han utilizado este concepto como base para la implementación de sus programas. En el caso de la UE, su impacto ha trascendido los aspectos orientados a la salud para enfocar las políticas sobre envejecimiento, además, en relación con los factores que contribuyen al bienestar de las personas, enmarcado en su curso de vida (Walker, 2008; Zunzunegui y Beland, 2010). De acuerdo a estos planteamientos, la UE ha estructurado en las últimas décadas diversas iniciativas de concienciación pública sobre la población de edad hasta llegar al año 2012 como el del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. Los efectos de estas políticas, sin embargo, no siempre son visibles en las de los estados miembros (ACTIVAGE, 2006).

Aunque son múltiples y diversos los conceptos sobre 'envejecimiento activo' que se aportan en la literatura científica, la tendencia más reciente en el ámbito europeo lo considera como una estrategia que potencia la participación continua en asuntos sociales, económicos, culturales, etc., y también el bienestar social del individuo (Walker, 2008).

Superando el dominio de la participación 'económica', el concepto se construye como sinónimo de actividad, abierto a una participación social y política más amplia (Kalache, 2011; ACTIVAGE, 2006; European Commission, 2012). Quizás la definición de envejecimiento activo, como '...una estrategia integral para maximizar la participación y el bienestar a medida que la población envejece. Debe operar simultáneamente en el nivel individual (estilo de vida), organizativo (gestión) y social (políticas) y en todas las etapas del curso de vida' (Walker, 2007), es omnicomprensiva de todos sus componentes. A su vez y desde una perspectiva personal, envejecer activamente es un modo habitual de 'imaginar' positivamente la forma de vivir de los mayores por parte de los propios mayores y de la sociedad frente a la concepción 'ageista', vigente durante décadas (Marhankova, 2011). Desde este punto de vista, el individuo pasa a ser el 'protagonista a la hora de preparar y vivir las múltiples dimensiones de su propio envejecer' (IMSERSO, 2011, 577).

El concepto de envejecimiento activo es un constructo (i) dotado de un sentido polisémico y relacionado con diversas teorías, (ii) construido a partir de múltiples contenidos y sus interacciones, (iii) correlacionado con otros conceptos de significado más general (bienestar, calidad de vida), (iv) envuelto en confusiones y tensiones inevitables ante su complejidad y ductilidad en su definición y uso, y (v) hecho operativo siguiendo variadas estrategias (científica, política, de aplicación práctica).

De cara a darle sentido a la formalización de este concepto y a valorar su papel en el dominio público que debe dar una respuesta al envejecimiento demográfico, Walker (2006) ha definido siete principios inspiradores. Partiendo de que envejecer activamente debe orientarse hacia el bienestar individual y de su entorno, y de que es un proceso que afecta a todas las edades, este autor pone el foco especialmente en los mayores, cualquiera que sea su condición, sin olvidar las relaciones intergeneracionales, con el objetivo de darles el poder de hacer efectivos sus derechos pero también poner de manifiesto sus obligaciones. Por lo tanto, el sistema social y normativo que da cobijo a cualquier definición de envejecimiento activo debe ser sensible a las peculiaridades de las distintas sociedades

y culturas. Siendo el propio individuo el gestor auto-responsable de las mejores condiciones para el mantenimiento de su salud a través de la participación en actividades de tiempo libre (Marhankova, 2011), al Estado le compete el papel de 'capacitar, facilitar y motivar a los ciudadanos' para conseguir una forma activa de vivir (Walker, 2008).

El envejecimiento activo, como tal concepto, ha entrado a formar parte de actuaciones normativas en el marco de programas de actuación en contextos tan diversos, como, por ejemplo, en la universidad (Fernández-Ballesteros et al., 2005) o en la promoción del envejecimiento activo a través de la educación en una comunidad rural mexicana (Martínez-Maldonado et al., 2007). A un nivel general, la OMS incluye, en su programa sobre Ciudades Amigables, el envejecimiento activo como elemento para optimizar las oportunidades de salud, de participación y seguridad (Beard y Petitot, 2010). Por otro lado, este concepto se encuentra también bajo el paraguas de las prioridades científicas. Así, la European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, como iniciativa que pretende responder al reto del envejecimiento demográfico en Europa, ha puesto el foco en el empoderamiento de los mayores para ser más activos y en la mejora de su calidad de vida a través de tres procesos, muy orientados a la salud y al cuidado, uno de los cuales es el del envejecimiento activo y la forma de vida independiente a través de la tecnología de apoyo a la persona mayor (European Commission, 2011b).

De acuerdo con las diversas revisiones bibliográficas, son múltiples los conceptos que se manejan como similares (Fernández-Ballesteros, 2011), unas veces sinónimos, muchas otras interoperables entre sí. El de envejecimiento activo se construye en torno a dos aspectos esenciales, una visión positiva del hecho de envejecer (Gergen y Gergen, 2001; Marhankova, 2011), y una referencia a la participación en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales,... (Bowling, 2008; Stenner et al., 2010). Se sigue el espíritu del concepto de envejecimiento activo de la OMS, que pretende superar 'falsas asunciones y mitos' en relación con la población mayor (Kalache, 1999). Su diseño operativo, no obstante, es mucho más diverso y complejo.

Uno de los referentes que subyace dentro del mismo es la valoración de la salud como un componente necesario para definir una forma de envejecer saludablemente, como una dimensión del envejecimiento activo (Fernández-Ballesteros et al., 2011; Hank, 2011), que tiene efectos en la participación social del propio individuo como un recurso social (Kalache, 1999) y en el diseño de políticas públicas (Funes, 2011).

Por otro lado, y claramente relacionado, también aparece el concepto de envejecimiento con éxito en el que la dimensión social adquiere un carácter prominente entre la población mayor, asentando un sistema de relaciones y de actividades heredado de la edad adulta para conseguir una satisfacción vital en la jubilación (Walker, 2006). Sin embargo, no es fácil llegar a una definición nítida del mismo por la confluencia con los otros conceptos de envejecimiento y sus componentes no esencialmente sociales (Bowling y Dieppe, 2005; Bowling y Iliffe, 2006; Fernández-Ballesteros et al., 2010; Lee et al., 2011). Así lo han comprobado también algunas revisiones bibliográficas sobre envejecimiento con éxito al valorar, esencialmente, los aspectos biomédicos (Peel et al., 2005) o psicosociales y de salud (Deep y Jeste, 2006).

Esta visión agregada de buena salud, actividad y éxito individual se ve condicionada, en otros estudios, por la introducción del valor económico del tiempo disponible para la población mayor como elemento de referencia que define su 'actividad', el envejecimiento productivo (Giorgi, 2006), y como posible solución a los problemas del envejecimiento demográfico. En otros casos, se liga esta idea al mercado de trabajo o a la sostenibilidad del sistema de pensiones (Walker, 2006). Sin embargo, otra corriente de pensamiento aboga, desde finales del siglo XX, por el carácter productivo ligado a actividades de tiempo libre y participación, de provisión de cuidados, y de apoyo pagado y no pagado (Fernández-Ballesteros et al., 2011) en un contexto macrosocial que condiciona los comportamiento individuales (Ney, 2005; Hank, 2011). Por otro lado, si por economía se entiende exclusivamente la circulación de mercancías dentro del mercado, nunca se comprenderá el papel que juegan los mayores en las sociedades desarrolladas. Como recientemente señalaba el Informe elaborado por Stiglitz, Sen y

Fitoussi (2009), los indicadores macroeconómicos centrados en la producción de mercancías son muy parciales e incompletos. Su utilidad es aún menor si de lo que se trata es de comprender lo que sucede a grupos como los mayores que por edad se encuentran excluidos del mercado de trabajo.

En definitiva, todos estos conceptos tienen un engarce con diversas teorías, como la de la actividad (Haski-Leventhal, 2009; Adams et al., 2011), de la continuidad con las actividades desarrolladas a lo largo de la vida (Atchley, 1989) o de la sustitución de roles y actividades (Hank y Stuck, 2007), necesarias para la formación de redes y de estructuras de capital social (Kohli et al., 2009). Sin duda, la teoría de la selección, optimización y compensación (SOC) ofrece un marco claro de referencia al establecer que las actividades provienen de un esfuerzo individual por seleccionar y optimizar unas, que compensan otras que han decaído al llegar la vejez (Netuveli y Blane, 2008; Adams et al., 2010) manteniendo un balance entre pérdidas y ganancias (Ouweland et al., 2007). Nuevas formulaciones destacan el papel de la innovación como un mecanismo que capacita a las personas para ampliar el sentido de su vida en la jubilación (Nimrod, 2008). Es habitual, muchas veces, que otros dos conceptos atraviesen las anteriores teorías. Uno es el bienestar subjetivo, que actúa como un elemento correlacionado con el envejecimiento activo, en la mayoría de los casos conceptualizado como un efecto del último, aunque otras veces puede llegar a ser considerado como una causa, o un factor mediador o moderador (Van Soest, 2010). En similares argumentos se encuentra la calidad de vida relacionada con el envejecimiento 'exitoso' o el 'bien envejecer' (Netuveli y Blane, 2008; Bowling y Ilife, 2011), incluso cuando se valora desde la percepción de los individuos (Bowling, 2008) y desde la reafirmación de la visión positiva de la vida por los propios individuos (Marhankova, 2011).

De acuerdo con las reflexiones conceptuales anteriores, ¿cuáles serían sus componentes esenciales? Adams et al. (2010), a partir de una revisión sistemática de estudios centrados en el análisis de actividades y el bienestar de las personas mayores, detectaron siete dominios esenciales (actividades sociales, de tiempo libre, productivas, físicas, culturales, solitarias,

de apoyo a terceros) que se entrecruzan con aspectos metodológicos, con factores y causas, con efectos y resultados para ofrecer una imagen clara de la complejidad que se esconde detrás del concepto de envejecimiento activo. Sería muy prolijo hacer una síntesis de los componentes que habitualmente entran a formar parte de la investigación sobre envejecimiento activo siguiendo la amplísima variedad de estudios existentes, si bien la realización de actividades en tiempo libre aparece casi siempre como uno de ellos.

Desde una perspectiva general, la realización de actividades de tiempo libre y de participación social y comunitaria forma parte de la estructura vital de la población mayor de edad, siendo el elemento esencial para su valoración el de la implicación personal en su realización. Si existe tal, el tiempo libre deja de ser el dominio de tareas pasivas para dedicarse a actividades volitivas, de distinto nivel de participación. Se trata de un proceso claramente definido por las características de las personas que las desarrollan, de acuerdo a las normas sociales y entornos de realización habituales, y suele estar contrastado con el de la población adulta en edad de trabajar (Levasseur et al., 2010). Algunos investigadores ponen el énfasis en la estructura de las actividades desarrolladas, especialmente en la proximidad a las personas con las que se realizan en paralelo o en interacción, o en los objetivos (actividades personales, sociales, de apoyo a otros, comunitarias) (Levasseur et al., 2010) o en el entorno ambiental, habitualmente físico, a veces virtual, en el que se materializan. En otros casos, el análisis se contempla en relación con otros conceptos similares o con sus dimensiones constitutivas. Así, Fernández Ballesteros et al. (2010b) identifican la 'implicación social y efectos positivos' como el tercer factor en relación con el envejecimiento saludable y la independencia personal. Otros, finalmente, establecen pautas relacionales, en las que el análisis de las actividades individuales gana consistencia junto con conceptos tan diversos como la felicidad y la extraversión (Oerlemans et al., 2011), los discursos del goce al realizar actividades (Hiscok, 2007), la reciprocidad conseguida al hacer actividades (Wahrendorf et al., 2006; Siegrist y Wahrendorf, 2009), o la calidad de los entornos residenciales (Michael, et al., 2006; Bowling y Stafford, 2007).

Envejecer de forma activa es habitualmente puesto en relación con los factores que definen al grupo de personas que los realizan. Se parte de la base de que la población mayor no es homogénea en sus rasgos esenciales como el sexo, la edad, el nivel de instrucción, la estructura del hogar donde viven, el nivel económico del que disfrutan, etc. Todos estos rasgos, en buena medida el resultado del curso de vida de los individuos y familias, condicionan la forma de desarrollar su estilo de vida, tal y como se recoge de forma muy amplia en la bibliografía sobre envejecimiento activo.

Sin embargo, en este punto parece adecuado hacer una breve referencia a dos aspectos de notable interés y no siempre adecuadamente considerados. Desde un punto de vista positivo, parecen claros los efectos de las redes familiares, sociales y comunitarias en el bienestar general y la salud de las personas mayores (Zunzunegui y Beland, 2010) al fundamentar la seguridad económica y social necesarias para una forma de envejecer activa. Y ello es muy importante en sociedades, como la española, en las que el papel de la familia llega a ser tan determinante que contribuye a definir un modelo 'familista' de interpretar la forma de envejecer. Por otro lado, el entorno de vida, tanto sea rural como urbano, también ofrece una perspectiva bastante específica en España. Es habitual centrar los estudios en el entorno urbano, donde los recursos disponibles, las posibilidades de interacción entre individuos y el estilo de vida facilitan muchas veces el envejecimiento activo de la población mayor. En cambio, el entorno rural es reconocido por no proporcionar tantas ventajas en la provisión de servicios o en el desarrollo de programas y de iniciativas de interacción social (Skinner y Rosenberg, 2006; Walsh y O'Shea, 2008), a lo que se une la generación de condiciones de mayor vulnerabilidad para los individuos de edad (Joseph y Cloutier-Fisher, 2005). Aunque el sentido de la comunidad como estructura social pueda ser más fuerte que en la ciudad, también puede ser el riesgo de caer en soledad, como factor limitante de un envejecimiento positivo (Heenan, 2011).

La importancia de la acción política, entonces, de cara a la mejora de las condiciones de vida de los mayores en zonas rurales se presenta como una prioridad esencial, a través de programas de intervención social que

potencien, entre otros aspectos, el envejecimiento activo y la participación de los mayores (Monreal y Vila, 2008). Se cuenta con la imagen social de que las zonas rurales basan su sustento en las estructuras y redes familiares y comunitarias y no tanto en el estado como provisor de servicios (Durán, 2011). El comportamiento de la población es diferenciado según sexo, mucho más que en el medio urbano y ello puede tener valor a la hora de la planificación de políticas públicas. En el caso español, las políticas públicas deben orientarse a favorecer la coordinación entre los niveles administrativos que favorezcan la forma de envejecer activamente (Zunzunegui y Beland, 2010).

Finalmente, es conveniente hacer mención de algunas de las inconsistencias del concepto de envejecimiento activo. Además de las dificultades asociadas con su definición, terminología y componentes, ya mencionadas, existe otro aspecto a considerar, cual es el de la indeterminación en el uso de sus componentes y sus factores, muchas veces usados indistintamente como variables dependientes e independientes (Fernández-Ballesteros et al., 2010). También produce indeterminación la confusión entre envejecimiento, como un proceso asociado al curso de vida de la persona, y vejez, como una situación estructural que afecta a la población en un determinado momento. Muy pocas veces se hace una reflexión sobre este hecho. En cambio, la metodología longitudinal viene a destacarse, en relación con lo anterior, por su valor como instrumento de análisis de la evolución del desarrollo de actividades según el curso de vida (Ouweland et al., 2007; Kohli et al., 2009; Adams et al., 2010; Pruchno et al., 2010) y sus referentes causales (Van Soest, 2010), aunque el análisis transversal tiende a ser muy habitual en relación con la mayor disponibilidad de datos de ese tipo. Es también frecuente encontrar una controversia, no analizada suficientemente, entre el envejecimiento como proceso individual dotado de un notable grado de 'variabilidad inter-sujetos' (Fernández-Ballesteros et al., 2005), al que suele llegarse a través de métodos que propician el acercamiento subjetivo (cualitativos) (Stenner et al., 2010), y el carácter colectivo que se fundamenta en datos generales objetivos, especialmente cuando se analizan componentes multidimensionales (Bowling y Stafford, 2007; Mollenkopf y Walker, 2007).

En definitiva, todas estas reflexiones ayudan a orientar los objetivos de este trabajo. Así, se pretende hacer un análisis de la evolución pasada, presente y futura del contexto demográfico, socioeconómico y de salud, y ver como las profundas transformaciones demográficas han conducido al envejecimiento demográfico. Por otro lado, se evalúa el capital-tiempo y la posición económica de los mayores. Y finalmente, ofrece una aportación a la definición del envejecimiento activo mediante la asunción de su carácter positivo, al centrar el análisis en las actividades de ocio y participación social y comunitaria que proporcionan una mejor forma de envejecer y una mayor calidad de vida del individuo, poniéndolas en relación con las condiciones y circunstancias personales y del entorno residencial y social, dentro de las profundas transformaciones sociodemográficas que están teniendo lugar tanto en las poblaciones europea, española, como en algunas comunidades autónomas especialmente envejecidas. El informe cuenta con la aportación de tres expertos de reconocido prestigio internacional que muestran su visión sobre diversos aspectos del envejecimiento activo a nivel internacional.

2

CONTEXTO DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD



2

CONTEXTO DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD

Autores: Julio Pérez Díaz, Antonio Abellán y Diego Ramiro

a. Contexto histórico y modernización demográfica

La vejez como “clase” de población, y el envejecimiento como proceso que, con el tiempo, conduce hacia esa categoría a todas las edades anteriores, vienen adquiriendo un protagonismo sin precedentes en el pensamiento social, político y económico de las últimas décadas.

A veces este interés parece simple resultado de nuevas ideas, valores o preferencias sociales, pero lo cierto es que el principal motivo de esa evolución es muy concreto y tangible: el cambio demográfico.

En todo el planeta, con ritmos e inicios que pueden variar enormemente según las zonas y los países, el peso de los mayores no hace más que aumentar:

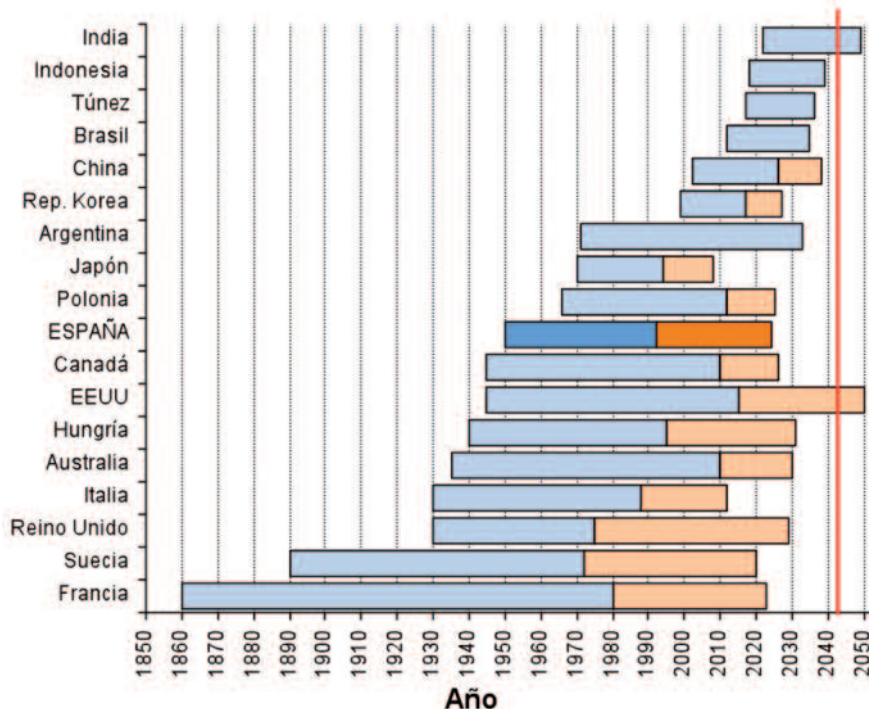


Gráfico 2.1. Momento histórico en el que los mayores de 64 alcanzan el 7%, 14% y 21% en España y diversos países del mundo.

Fuente: Elaborado a partir de los datos del World Population Prospects: The 2010 Revision, Population Division, UN

Europa es el origen de esta transformación demográfica abrupta, revolucionaria y sin precedentes, iniciada en el siglo XIX y hoy extendida al conjunto de la población mundial. El mundo no alcanza los 1.000 millones de habitantes hasta comienzos del siglo XIX, con una esperanza de vida al nacimiento alrededor de los 30 años. Es a partir de esa fecha cuando se inicia la etapa de mayor crecimiento de la población mundial, debido a un progresivo y cada vez más acelerado declive de la mortalidad y a un mantenimiento de las altas tasas de fecundidad. Es el proceso de revolución industrial el que inicia un período de crecimiento acelerado y sostenido. En apenas 150 años el mundo logrará más que duplicar su población, alcanzado los 2.500 millones para 1950 y una esperanza de vida de alrededor de los 50 años ($e_0=47,66$) (UN, 2011), y en los 50 años siguientes la población del mundo llega casi a triplicarse alcanzando los más de 7.000 millones de habitantes para 2011 y una esperanza de vida al nacimiento de casi 70 años ($e_0=67,88$). El crecimiento de la población de los últimos 50 años representa más del doble, en números absolutos, de lo que creció la población del mundo en toda la historia de la humanidad. Esta más que triplicación de la esperanza de vida al nacimiento es uno de los rasgos más beneficiosos del proceso que los científicos sociales han venido a denominar como modernización y que ha traído como consecuencia cambios importantes en la estructura por edades de la población. Pero el cambio en la pirámide no debe verse como el fenómeno central de este proceso, sino como uno de sus síntomas. El cambio real atañe a las dinámicas reproductivas, auténtico motor de la transformación.

A lo largo de toda la historia y prehistoria, en su conjunto, la población humana no superó valores de esperanza de vida por encima de los 35 años, la reproducción requirió siempre fecundidades alrededor o superiores a los 5 hijos por mujer, y el crecimiento fue lento, con crisis periódicas que lo hacían retroceder dramáticamente.

El condicionante insalvable de tales dinámicas demográficas siempre fue la elevada y precoz mortalidad. El sistema demográfico era poco "eficiente" por su escaso aprovechamiento de los muchos nacimientos a la hora de traducirlos en volumen poblacional.

Su mejor representación gráfica era la propia pirámide de población, muy amplia en la base y baja en su parte superior.

Hoy todo ha cambiado. La mortalidad, especialmente la mortalidad en la infancia, empezó a reducirse de forma dramática, pasando de valores alrededor del 450 por mil a mitad del siglo XIX para el caso de España, a valores alrededor del 5 por mil en la actualidad, creciendo la proporción de quienes llegaban vivos a edades fecundas y podían por tanto contribuir a la reproducción; los mismos niveles de fecundidad del pasado se traducían ahora en un número de nacimientos mucho mayor, desencadenando un crecimiento aceleradísimo y sin precedentes. La población humana, que necesitó toda su historia anterior para superar los mil millones a las puertas del siglo XIX, ha pasado de siete mil millones sólo un par de siglos después.

España ha participado en ese proceso con diferentes niveles de mortalidad y fecundidad, y siguiendo el proceso en etapas similares a las experimentadas por otros países. Este proceso no sólo ha cambiado la estructura por edades (el mal denominado "envejecimiento demográfico"); también lleva asociados cambios muy rápidos en las características de las sucesivas generaciones, que se hacen especialmente llamativos en las sucesivas oleadas de personas que superan las edades maduras. La "vejez" ha dejado de ser lo que era, y todavía cambiará mucho más, a mejor. Después de todo, la creciente supervivencia no hace más que reflejar la mejora global en la dotación de recursos, atenciones, educación o salud con que pueden contar los humanos que vienen al mundo.

Cada nueva generación ha ido incrementando, muy rápidamente, los "haberes" con que encarar su recorrido vital y la crianza de sus descendientes, en un proceso auto-acumulativo sin precedentes. Con ello se ha hecho más eficiente el tradicional balance reproductivo humano, cambiando los muchos nacimientos de poca duración por un número menor de nacimientos con mucha más esperanza de vida y, por lo tanto, mucho más productivos demográficamente (la población no ha hecho más que aumentar en volumen mientras la fecundidad disminuía drásticamente) y con un capital humano superior.

Se entiende así que este proceso también esté modificando profundamente los roles sociales de sexo y edad. En el esfuerzo por mejorar las condiciones de partida de los hijos, la mujer ha pasado primero por una fase de intensificación en sus funciones tradicionales (hasta las generaciones adultas en los años 60/70), y luego por una notable liberación del lugar central que la reproducción siempre había tenido en sus vidas. De la misma manera se ha subvertido la significación de las distintas etapas de la vida. Más que vejez, se han extendido los años previos, los años en buena salud y de capacidades intactas.

Las generaciones españolas de mayores se renuevan actualmente por otras que mejoran de forma nunca vista nuestros tópicos sobre esas edades. Son generaciones, por primera vez en nuestra historia, libres de grandes catástrofes en su vida pasada, con una dotación educativa básica universal, trabajadores desde muy jóvenes, mayoritariamente urbanos, con ahorros y algún patrimonio (el de la vivienda no es baladí), con buena salud y con toda una vida de esfuerzo familiar que ahora con mucha frecuencia se prolonga en los nietos. Frente a las constantes alarmas que el envejecimiento demográfico hace sonar desde que empezó a observarse hace más de un siglo, la paradójica realidad no hace más que sorprendernos con las constantes mejoras socioeconómicas que lo acompañan y la multitud de nuevas oportunidades que está abriendo.

b. Proceso hasta hoy

i. Descenso de la mortalidad

La mortalidad es piedra de toque de la demografía, principal condicionante de la eficiencia reproductiva (aunque el tópico asigne erróneamente ese papel a la fecundidad). España parte en el inicio de la caída de la mortalidad con niveles muy superiores a los de sus países vecinos, no solo en cuanto a la mortalidad infantil, sino especialmente en la mortalidad entre el primer y el quinto aniversario.

Así, la esperanza de vida en 1900 era todavía de apenas 34 años, y aunque la pandemia de gripe de 1918 y la guerra civil frenaron puntualmente el declive de la mortalidad, finalmente, el declive, que ya se había iniciado en la década de los 1870s, como en muchos otros países europeos, inicia un ritmo que se hizo muy acelerado y ha acabado el siglo XX entre los países de mayor esperanza de vida del mundo, por encima de los 80 años.

La mortalidad infantil (el principal lastre para una reproducción eficiente) se ha reducido mientras tanto del 200 al 3‰, y la mortalidad entre el primer aniversario y el quinto, ha pasado de 200‰ a valores actualmente despreciables, de menos del 2‰, siendo la mortalidad en la infancia en el pasado algo común a ser en la actualidad un hecho raro.

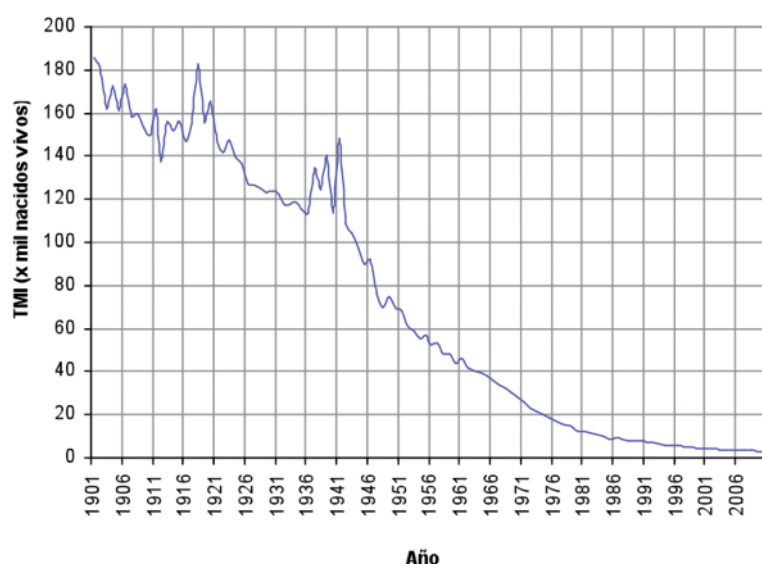


Gráfico 2.2. Tasa de mortalidad infantil 1901-2010

Fuente: INEbase (desde 1975) y Gómez Redondo, R. (1992), La mortalidad infantil española en el siglo XX.

Prolongando el gráfico anterior unas cuantas décadas hacia el pasado, comprobaríamos que venimos de un mundo en que cualquier generación veía mermado su tamaño inicial en una quinta parte antes del primer año de edad (y a la mitad antes de cumplir los cinco años). Las curvas de supervivencia, por tanto, caían drásticamente en las primeras edades. El modo en que ha cambiado su forma es un buen indicador de las mejoras. Una generación con la curva de supervivencia de 2010 no perdería la mitad de sus efectivos iniciales hasta pasados los 85 años.

Al cambio de forma en este gráfico se lo conoce como la “rectangularización” de la curva de supervivientes, denominación que supone implícitamente un límite de

edad inamovible para la extinción de cualquier cohorte, de modo que lo único que se consigue es que todos los nacidos se acerquen a vivir ese máximo. Pero la evolución reciente de la mortalidad está poniendo en duda estos supuestos. Pese a que los expertos consideraban agotadas las posibilidades de seguir mejorando una vez reducidas a mínimos las defunciones “prematuras”, desde los años ochenta los países más avanzados en este proceso han visto con sorpresa cómo la esperanza de vida seguía aumentando, esta vez por las mejoras también en la mortalidad de los más mayores. España es un buen ejemplo, con una esperanza de vida a los 65 años que se ha mantenido en ascenso continuado durante las últimas décadas.

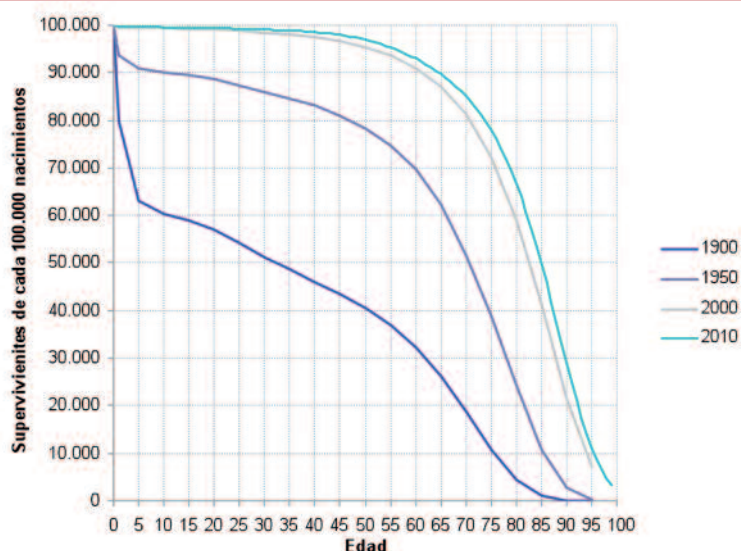
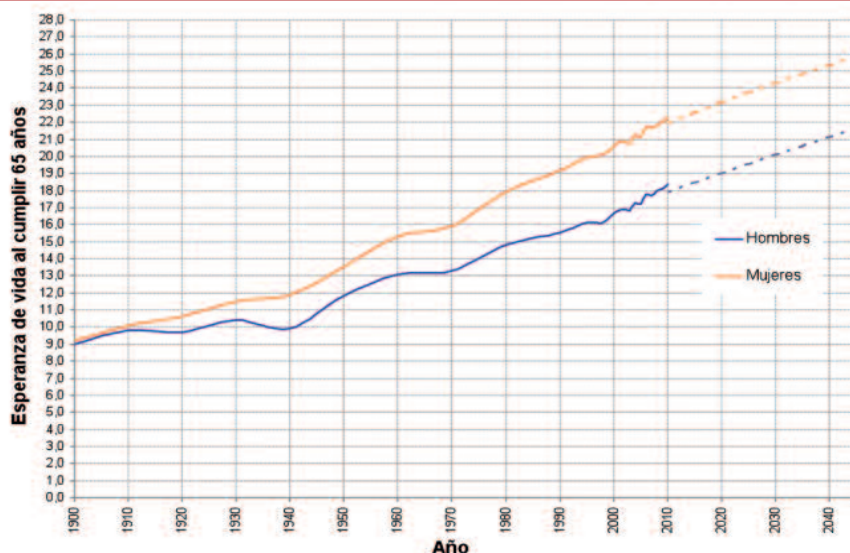


Gráfico 2.3. Supervivientes por edad, con la mortalidad de 1900, 1950, 2000 y 2010.

Fuente: INE. Censos y Renovaciones Padronales correspondientes

Gráfico 2.4. Esperanza de vida al cumplir los 65 años, 1991-2010.

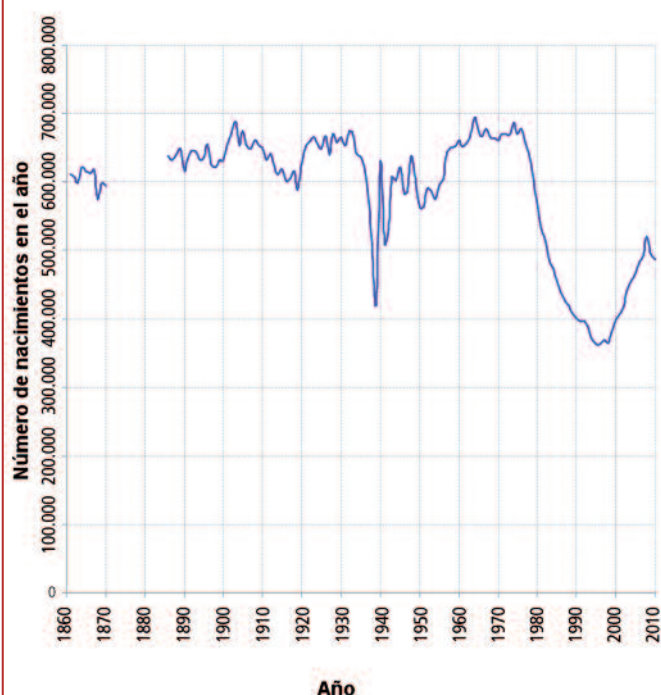
Fuente: Años 1900-1998. INE. Anuario estadístico de España 2004. Demografía. Años 2000-2010. INE. Análisis y Estudios demográficos. Indicadores demográficos básicos. Años 2010-2035. INE. Cifras de población y Censos demográficos. Proyecciones a largo plazo.



ii. Descenso de la fecundidad

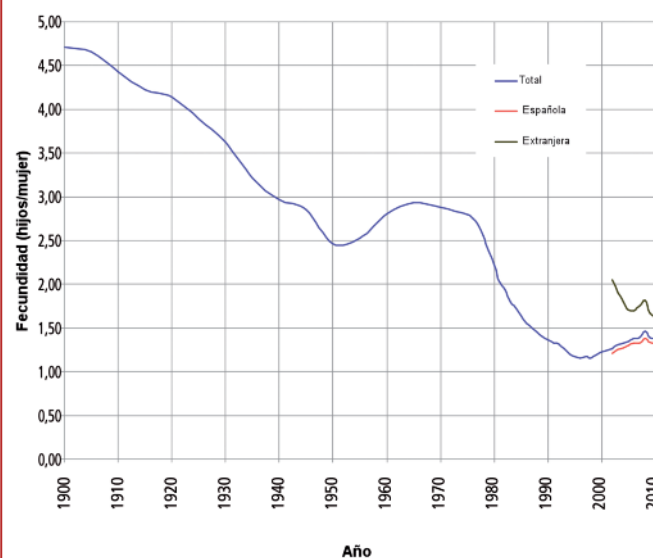
En este proceso de cambio la creciente supervivencia de cada sucesiva generación ha ido acompañado por su ligeramente menor fecundidad, de modo que el volumen de nacimientos se ha mantenido estable (salvando declives puntuales producidos por la gripe o la guerra civil, claro está). Un número estable de nacimientos y una población creciente suponen, es verdad, una tasa de natalidad menguante, pero pese a ello la población crecía muy rápidamente. El crecimiento poblacional, pues, se viene alimentando desde hace más de un siglo no por nacimientos más abundantes, sino por el retraso en el fallecimiento de los que nacen.

Gráfico 2.5. Número anual de nacimientos desde 1860.



Fuente: INE, Movimiento Natural de la Población, con correcciones propias en las rupturas de serie.

Gráfico 2.6. Índice sintético de fecundidad, 1900-2010.



Fuente: INEbase desde 1970 y (Cabré 1989) en los años anteriores.

Esta dinámica, sin embargo, toca a su fin a mediados de los años setenta, cuando también el número absoluto de nacimientos disminuyó de forma persistente e intensa, una vez acabado el período de *baby boom*, que abarcó desde finales de los años 1950s hasta mediados de los años 1970s. Sólo a las puertas del siglo XXI la tendencia a la baja se ha detenido e incluso invertido ligeramente, ahora con la irrupción de un componente novedoso de la dinámica poblacional española: la inmigración masiva, pero no es probable que ese repunte se mantenga en el tiempo. España, un país tradicionalmente marcado por su carácter emigratorio, vio equilibrarse los saldos de entradas y salidas en la década de los noventa, y pasó de forma muy rápida a tenerlos positivos y rápidamente crecientes, llegando a superar las setecientas mil entradas de personas anuales sólo una década después.

Tratándose mayoritariamente de personas en edad de tener hijos, y en buena parte procedentes de países con una fecundidad mayor a la española, la descendencia de inmigrados o de parejas mixtas ha contribuido en gran medida al repunte experimentado por los nacimientos desde mediados de los años noventa.

Pero la tendencia ha sido hacia la aproximación o compresión de los niveles, independientemente de la nacionalidad, es decir, a que los niveles de fecundidad se asemejaran cada vez más a los de la población autóctona española. Era conocida hace tiempo la enorme elasticidad de los comportamientos reproductivos cuando las personas emigran, y se ha constatado en muchos lugares del mundo que la segunda generación acaba teniendo pautas similares a las de los autóctonos. Pero en la actualidad esta adaptación es aún más rápida, y la protagonizan los miembros de la primera generación. Añádase que la inmigración se ha visto frenada drásticamente con la reciente crisis económica, y se comprenderá que, pese al considerable aporte que han supuesto los inmigrados para el crecimiento del volumen poblacional, es un error suponer que el factor migratorio puede alterar la tendencia secular de la pirámide de población.

c. Situación actual y envejecimiento demográfico

El resultado combinado de la evolución que acaba de esbozarse es un cambio de gran calado, sin precedentes, en la estructura por edades, y que, como ha podido verse, ha llevado décadas de la historia de la población española. El análisis habitual de dicho cambio se limita a señalar cómo se han redistribuido los pesos de las diferentes edades, cosa que podrá comprobarse inmediatamente. Conviene destacar, no obstante, que este no es un resultado aislable del resto de modificaciones experimentadas por la dinámica poblacional española. No debe seguir hablándose de “envejecimiento” demográfico como si sólo hubiese cambiado la distribución de “stocks” por edades sin plantearse que en ese proceso se han visto alteradas profundamente también las características y comportamientos en cada etapa de la vida. Para entender el envejecimiento hay que hablar de procesos, no de stocks, y la única manera de saber a dónde conducen

los cambios es el análisis por generaciones y la comparación entre ellas, cosa que las pirámides sólo pueden esbozar muy burdamente, y aquí los estudios longitudinales que sigan a la población con una perspectiva a largo plazo es crucial. Varios de los países europeos con mayor tradición demográfica en estos aspectos ya iniciaron hace décadas la construcción de registros de población longitudinales en base al enlace de registros administrativos, y cuentan ahora con herramientas de trabajo mucho más potentes que las que se disponen en España, afortunadamente tanto el Instituto Nacional de Estadística como otros Institutos de Estadística autonómicos han iniciado la construcción de Registros longitudinales de población, una infraestructura de información que en el futuro serán tan vitales e importantes, como el resto de infraestructuras del Estado.

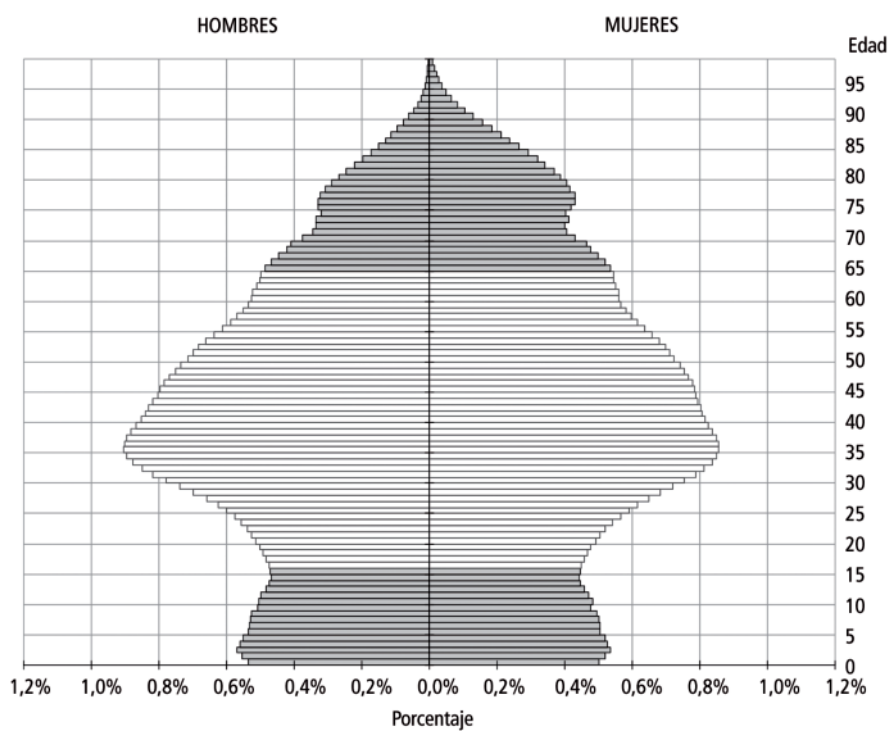
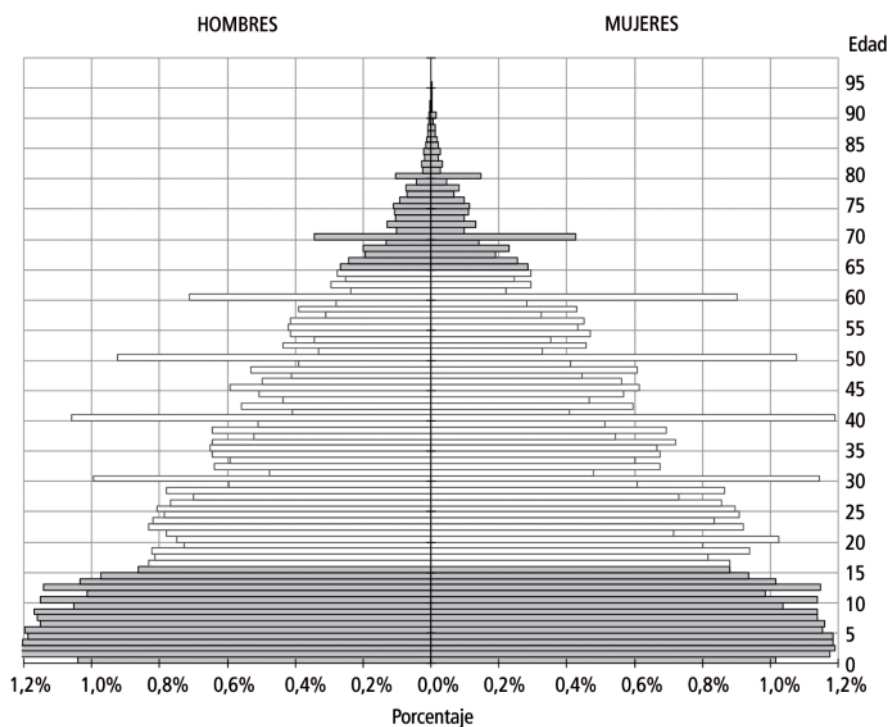
i. Estructura por edades actual

A una dinámica demográfica arcaica, con muchos nacimientos de vida escasa, correspondía la pirámide tradicional. A la actual dinámica poblacional corresponde una muy diferente en la que el peso de la población mayor no ha hecho más que aumentar.

Aunque no lo parezca las dos pirámides tienen la misma superficie. La de 1900 se presenta sin corregir para hacer visible una característica de los españoles en ese momento: muchos no sabían su edad exacta y la redondeaban en decenas, lo que provoca el extraño efecto del gráfico.

La evolución es sostenida durante todo el siglo pasado. El envejecimiento demográfico no es una cosa reciente, es un proceso de largo alcance que refleja la transformación de las dinámicas demográficas en un período que abarca varias generaciones. En esta transformación a largo plazo, el peso de los mayores no ha hecho más que aumentar, si bien es cierto que a ritmos diferentes. En los últimos años incluso se ha detenido transitoriamente, mientras cumplían 65 años las generaciones de escaso volumen nacidas durante la guerra civil e inmediata posguerra, coincidiendo además con la llegada masiva de inmigrantes jóvenes a España. Ese “intermedio” ha finalizado ya, y de ahora en adelante retomará la tendencia al alza muy rápidamente a medida que cumplen 65 años las generaciones que nacieron durante el *baby boom*.

Gráfico 2.7. Pirámides de población España 1900 y 2012



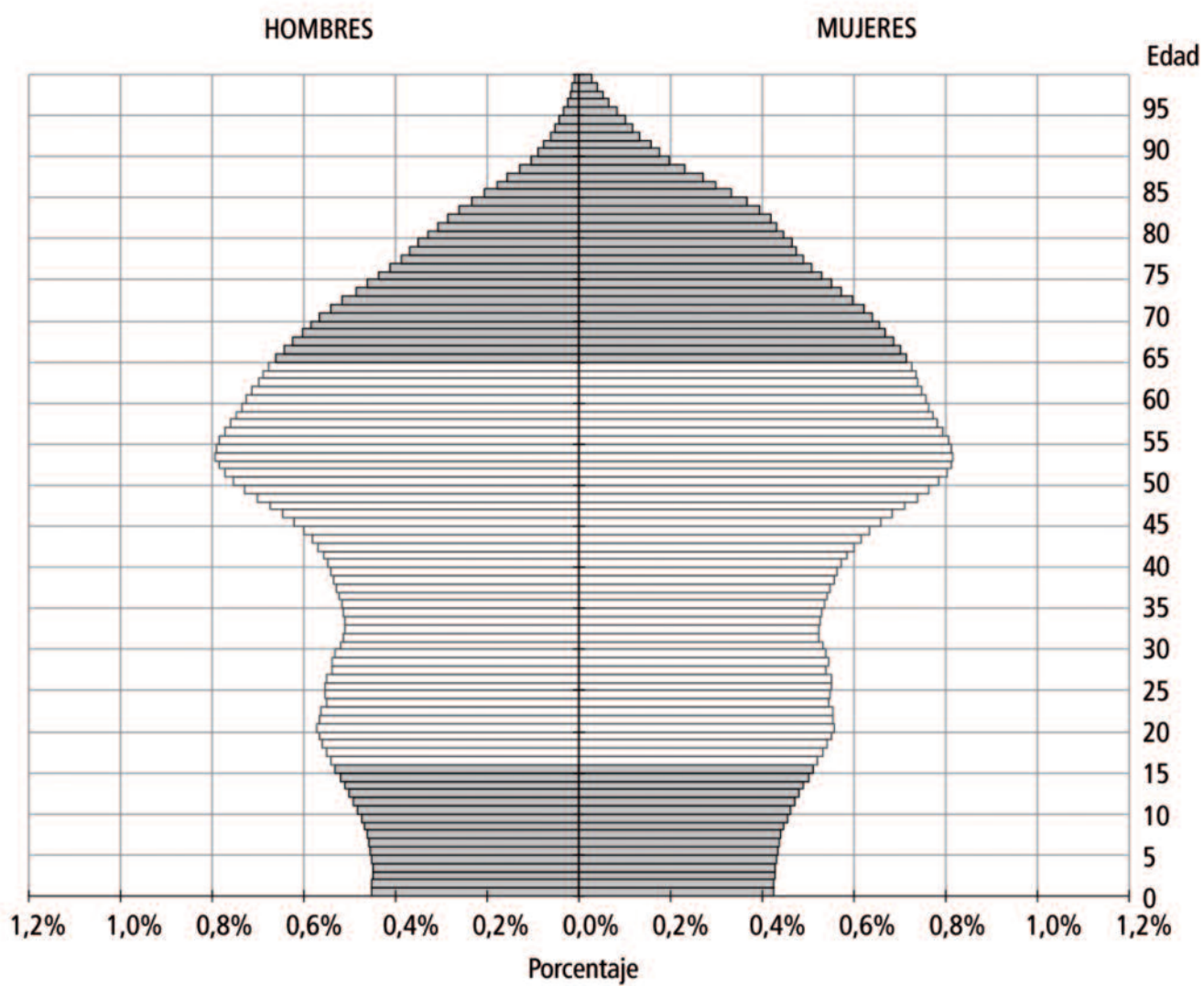
Fuente: INE. Censo 1900 y Estimaciones de Población actual de España 1/1/2012

Tabla 2.1. Distribución de la población según los grandes grupos de edad, peso de los >64 respecto al total, y relación (>64)/(<15). 1900-2030

	0-14	15-64	>64	Total	%>64	(>64/15a64)	(>64)/(<15)
1900	6.240.701	11.408.535	968.849	18.618.086	5,2%	8	16
1910	6.792.408	12.097.011	1.106.628	19.996.046	5,5%	9	16
1920	6.914.876	13.254.350	1.220.617	21.389.842	5,7%	9	18
1930	7.494.647	14.835.000	1.434.558	23.764.205	6,0%	10	19
1940	7.748.951	16.438.632	1.690.388	25.877.971	6,5%	10	22
1950	7.337.386	18.615.864	2.023.505	27.976.755	7,2%	11	28
1960	8.361.283	19.643.207	2.508.515	30.513.005	8,2%	13	30
1970	9.459.640	21.290.338	3.290.679	34.040.657	9,7%	15	35
1981	9.685.730	23.760.901	4.236.727	37.683.358	11,2%	18	44
1991	7.532.668	25.969.348	5.370.252	38.872.268	13,8%	21	71
2001	5.932.653	27.956.202	6.958.516	40.847.371	17,0%	25	117
2010	6.868.095	31.406.561	7.742.899	46.017.555	16,8%	25	113
2012	7.026.579	31.140.024	8.029.673	46.196.276	17,4%	26	114
2030	6.574.887	29.791.620	11.192.699	47.559.206	23,5%	38	170

Fuente: INE. Hasta 2001 Censos correspondientes, Estimaciones 2010 y 2012 y Proyecciones de población 2030.

Gráfico 2.8. Pirámide de población española, proyectada al 2030.



Fuente: INE, Proyecciones de población a largo plazo.

ii. La relación de dependencia entre edades

Se presenta habitualmente el cambio de la pirámide como un factor directamente vinculado a la sostenibilidad de los sistemas públicos de bienestar, salud, pensiones. El fundamento es la llamada relación de dependencia, entre las personas en edad laboral y los mayores de 64 años. Este es un error analítico que impide comprender cabalmente la situación actual y su evolución en el tiempo. De entrada no se entiende que la historia desmienta las previsiones de insostenibilidad desde hace más de un siglo.

En ese error se basan absurdos como la pretensión de mantener la misma relación en el futuro, y los cálculos de la inmigración que hará falta si la natalidad no aumenta. Si se pretende realmente calcular el efecto del cambio demográfico sobre el mercado de trabajo son obligadas algunas consideraciones adicionales.

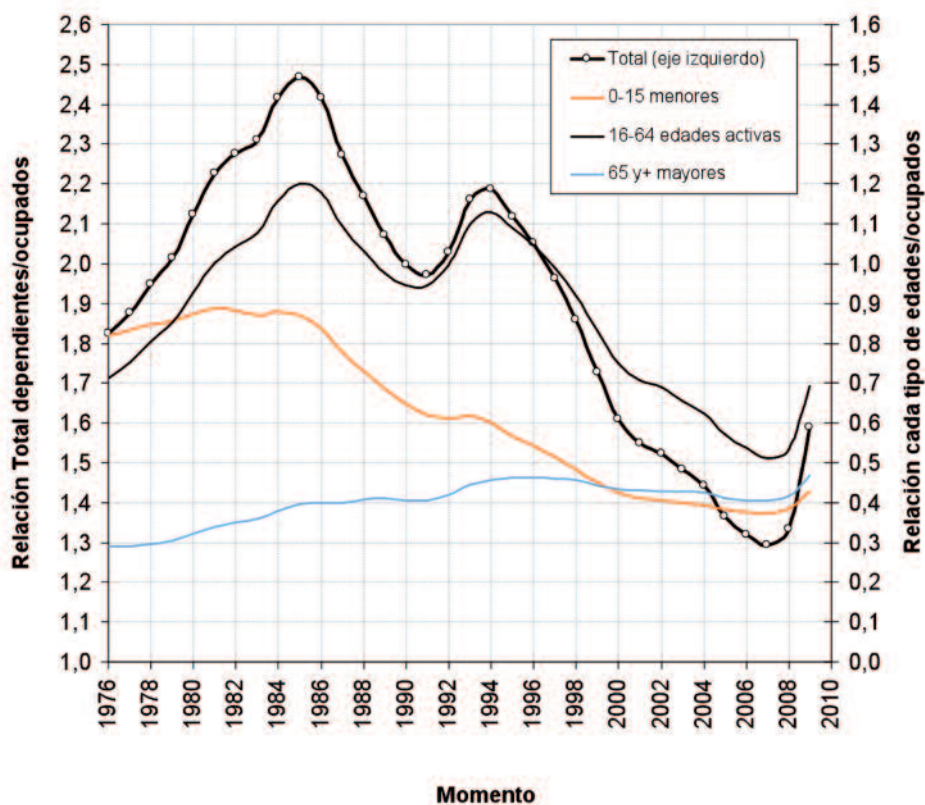
Es fundamental ponderar los efectivos poblacionales en función de lo que aportan y lo que perciben unas edades y otras.

La modernización demográfica ha corrido paralela a una creciente inversión en las personas desde su nacimiento, de modo que la menor natalidad y la creciente supervivencia no sólo cambian la pirámide, sino que hacen mucho más productivas las sucesivas generaciones, alterando la significación de la relación entre edades activas y no activas, gracias a un crecimiento cada vez mayor en el capital humano.

Induce a errores emplear la simple relación entre los efectivos de los respectivos intervalos de edades y denominar a eso "dependencia". Lo relevante aquí no es si se tiene edad de trabajar, sino si se está ocupado o no. Y la relación entre ocupados y no ocupados no depende únicamente, ni siquiera principalmente, de la pirámide de población. Como factor intermedio fundamental están los puestos de trabajo existentes.

El escaso efecto del envejecimiento demográfico en el balance entre ocupados y pensionistas resulta evidente en el siguiente gráfico:

Gráfico 2.9. Dependientes mayores, menores y en edad activa, por cada ocupado, 1975-2009 (españoles nacidos en España)



Fuente: Gráfico elaborado por Luís Garrido Medina a partir de los microdatos de las EPAs correspondientes.

El factor ocupación se evidencia abrumadoramente como el determinante real de la relación de dependencia; la relación entre mayores y ocupados solo aumenta de 0,3 a 0,4 en todo el periodo. Son los inactivos y parados (“dependientes” en edad activa) los que más pesan en la dependencia total (ambas líneas son prácticamente paralelas). En efecto, la dependencia total aumentó enormemente desde finales de los setenta debido al creciente desempleo, cayó hasta principios de los noventa por la reactivación del mercado laboral, hubo un ligero repunte en la crisis posterior a 1992, y todo fueron buenas noticias desde entonces y hasta el inicio de la actual crisis, alcanzándose en 2007 la menor relación de dependencia real nunca vista en España, a pesar de que el peso de los jubilados había crecido sostenidamente hasta máximos históricos. Mientras la “dependencia” se siga estimando por la simple relación entre unas edades y otras, se seguirán extrayendo conclusiones erróneas en un asunto especialmente importante. Es erróneo que el peso de las edades activas sea insuficiente y deba aumentarse para mantener la relación de dependencia. Lo cierto es que el número actual de puestos de trabajo existentes en el país desaprovecha más de cinco millones y medio de potenciales trabajadores. El envejecimiento demográfico no es aquí el problema.

iii. El perfil sociodemográfico de los mayores

La dinámica poblacional que acaba de dibujarse va directamente acompañada por cambios de gran calado en los perfiles de la propia vejez española, cuyos rasgos principales se resumen a continuación:

Aumento de las edades avanzadas y de los superlongevos. Mientras eran muy escasos los miembros de cada generación que llegaban a la vejez, las mejoras que ésta pudiese experimentar tenían escasa repercusión numérica. Una vez esa etapa de la vida se ha vuelto mayoritaria, las mejoras se traducen en una rápida “colonización” de las edades muy avanzadas, antaño prácticamente despobladas.

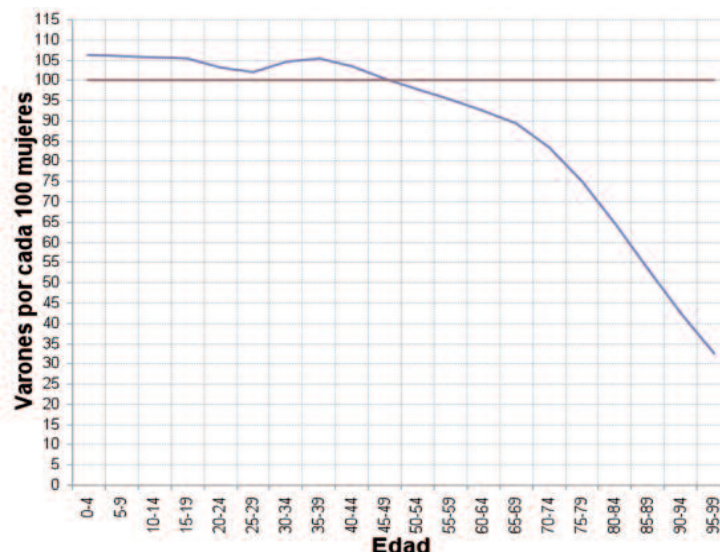
Feminización de la vejez. Los mayores son básicamente mujeres. Esta “feminización” se debe a la menor mortalidad femenina a todas las edades.

Puesto que nace una proporción ligeramente superior de niños que de niñas, siguen siendo más los varones hasta que su ligera sobremortalidad les equilibra al alcanzar las primeras edades adultas, y los efectos siguen acumulándose hasta que en la vejez las mujeres llegan a doblar el número de hombres. Esta relación de efectivos se ha ido haciendo cada vez más relevante desde el punto de vista sociológico, a medida que el peso de la población mayor crecía. Hoy las mujeres mayores son una décima parte de la población española. Sería un error hacer análisis o planificación sobre una “vejez” genérica, siendo tan diferentes los rasgos y comportamientos de cada sexo en estas generaciones, en las que prevalece el “modelo complementario” de pareja, grandes diferencias educativas, laborales y económicas, y funciones tan contrastadas en las relaciones familiares y sociales.

Estado civil. Son personas casadas (más del 60%), en primer lugar, y viudas después. Esto, que podría parecer “naturalmente” asociado a la edad, oculta grandes diferencias según edad y sexo y, además, está inmerso en un proceso de rapidísima transformación a medida que se incorporan generaciones históricamente más recientes. Gracias a la mejora de la supervivencia se está retrasando mucho el momento de la viudedad y por lo tanto aumenta el peso de los casados entre los viejos-jóvenes. Pero por otra parte también aumentan los años que se viven después de fallecer el cónyuge, y las mujeres viudas se vuelven mayoritarias en la vejez avanzada.

Formas de hogar. Están asociadas a la etapa de la vida familiar y de la pareja. Predominan las parejas sin hijos, les siguen las personas que viven solas, y luego están quienes viven con hijos (y con o sin su propia pareja) y otros tipos de hogar. Pero la asociación de esta característica con la edad, está sujeta a grandes diferencias según el sexo y está cambiando rápidamente con las nuevas generaciones. Los hombres viven acompañados hasta prácticamente el final de su vida; las mujeres acaban viviendo solas (son el 78% de los mayores en hogares unipersonales). La edad muy avanzada está tradicionalmente asociada a hogares nuevamente de mayor tamaño, muchas veces por imperativos de salud, pero por otra parte las recientes generaciones de mayores tienen una mejor situación socioeconómica que les permite prolongar la independencia domiciliar y pagar servicios personales en mucha mayor medida que las generaciones anteriores.

Gráfico 2.10. Relación de masculinidad 2012
(hombres por cada 100 mujeres)



Fuente: INE. Estimaciones de Población actual de España
1/1/2012

Nivel de estudios. Tradicionalmente bajo, aquí no hay posible confusión con los efectos de la edad; es la escasa instrucción de su juventud la que distinguía a los mayores españoles, especialmente a las mujeres. Esto va a cambiar muy rápidamente, a medida que van cumpliendo años las primeras generaciones de la esco-

larización realmente universal. En el futuro los cambios aún serán más rápidos, cuando se jubilen las primeras generaciones que dejaron de ver discriminadas a las mujeres y generalizaron la educación por encima de los estudios primarios. El analfabetismo está a punto de desaparecer en nuestros mayores.

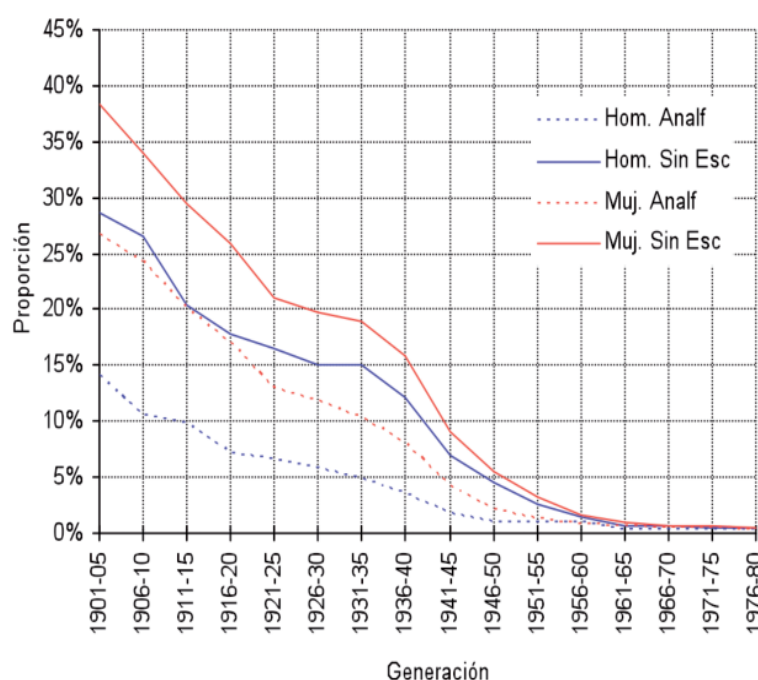


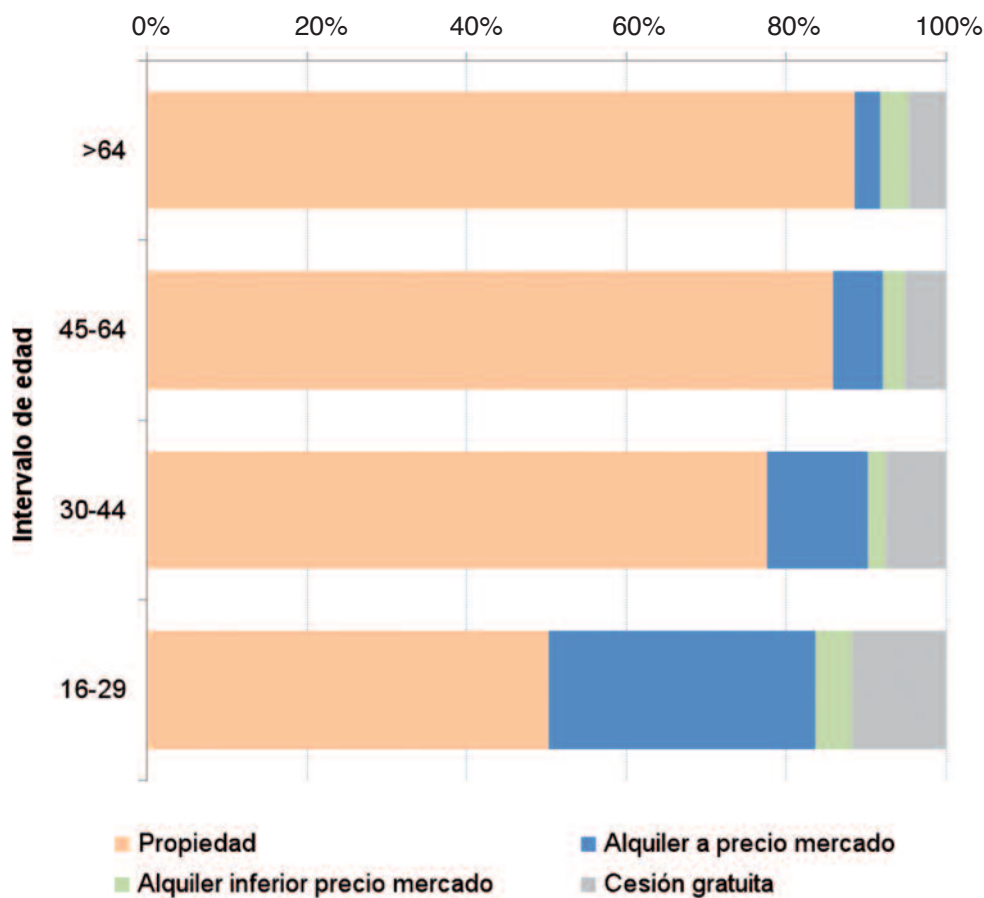
Gráfico 2.11. Proporción de no alfabetizados y de no escolarizados en cada generación, según sexo (nacidos entre 1901 y 1980)

Fuente. Elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Sociodemográfica 1991, INE.

Situación económica. La pobreza se ha ubicado tradicionalmente en los hogares con niños o con mayores. La pauperización de la vejez fue especialmente sensible en la España de los años sesenta y setenta, cuando el tardío despegue económico aumentó el contraste con los jóvenes de un país que por primera vez accedía al consumo de masas. Pero en sus últimos años aquellos mayores, pertenecientes a generaciones muy damnificadas por la guerra civil y la posguerra, han asistido a las incipientes mejoras del Estado de Bienestar. Además, y sobre todo, se les han ido uniendo nuevas generaciones con un pasado mucho menos dramático.

Los nacidos durante los años treinta y cuarenta, pese a las dificultades de su infancia, han podido por primera vez en España seguir un curso de vida adulta “normal”, sin ningún gran conflicto, hambruna o epidemia. Con una vida laboral temprana y dilatadísima, se vienen jubilando en mucha mejor situación que sus antecesores. Esto, más que los beneficios o mejoras públicas, explica la actual propiedad mayoritaria de la vivienda, y hace que ante la crisis muchos mayores sean quienes en realidad apoyan y ayudan a sus familiares más jóvenes.

Gráfico 2.12. Hogares por edad de la persona de referencia y régimen de tenencia de vivienda principal, 2010



Fuente: INEBASE: Encuesta de Condiciones de Vida 2010. Resultados definitivos

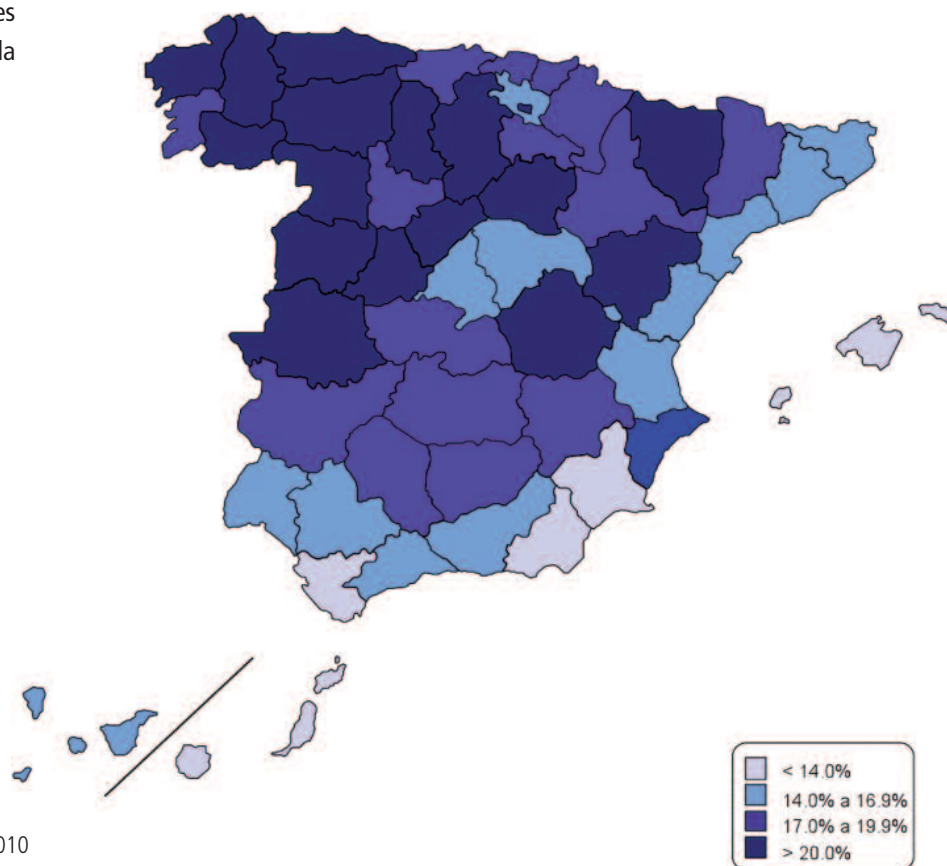
iv. Diferencias geográficas: entre la modernización y el declive poblacional

Hasta ahora este apartado ha girado en torno a los efectos de la modernización demográfica y la mayor eficiencia reproductiva sobre la estructura por edades y las características generacionales de los más mayores. Pero este es un nivel de análisis agregado, aplicable a las grandes poblaciones como la española. Todo cambia cuando el análisis entra en detalles territoriales. Cuanto menor es la escala, mayor protagonismo de una dinámica completamente diferente, ajena a la reproductiva: la dinámica migratoria. La emigración de los jóvenes tiene tanto más impacto cuanto más pequeña es la población, y puede anteceder a la simple desaparición del propio núcleo de población. El abandono rural español ha proporcionado innumerables ejemplos de este otro envejecimiento demográfico, pero si la escala territorial que se analiza es la de un nivel intermedio, como el provincial, lo que encontramos son influencias mezcladas de ambas dinámicas poblacionales.

España mantiene diferencias territoriales de eficiencia reproductiva: mayor mortalidad y fecundidad en el sur (lo que conlleva poblaciones con una edad media más baja), y menor en el norte. Pero todo ello se combina con los efectos de las migraciones laborales, centradas en edades adultas/jóvenes, generalmente dirigidas a las zonas más dinámicas, que se sitúan en torno a la capital y a las zonas costeras. Finalmente, también las migraciones de décadas atrás siguen teniendo efectos, por ejemplo en Galicia o en amplias zonas agrarias del interior.

Pero la emigración de jóvenes no es el único fenómeno migratorio relacionado con la pirámide de población. También es posible la inmigración de mayores. Este fenómeno de reubicación de la residencia, especialmente tras la jubilación, fue muy visible primero en EEUU con extensas urbanizaciones y condominios en estados de clima benigno como el de California y ha acabado observándose también en Europa, donde España empieza jugar un papel similar, especialmente en su costa mediterránea.

Gráfico 2.13. Peso de los mayores de 64 años en la población de cada provincia.



Fuente: IMSERSO. Informe Mayores 2010

Por último, y por concluir este apartado acerca del factor territorial y las migraciones, conviene también recordar que los cambios de residencia dentro de las propias áreas urbanas tienen efectos sobre la distribución por edades de los barrios, municipios y hasta provincias vinculadas. Durante los años ochenta fueron los núcleos históricos de las ciudades los que envejecieron mucho, porque los mayores ya no fallecían pronto, la densidad era muy alta, y los jóvenes que se hacían adultos tenían que fijar su residencia en la corona adyacente, que muchas veces desborda ya el propio término municipal. En la actualidad el relevo generacional y las políticas de renovación urbana han hecho accesible y atractivo a nuevas generaciones vivir en los núcleos históricos de las ciudades, mientras la primera corona es la que tiene una pirámide más envejecida, y una segunda corona la sustituye en la expansión urbana y en los perfiles más jóvenes de la población.

Esta distinción de las escalas geográficas y del distinto peso de la dinámica natural y la dinámica migratoria es esencial para el diseño de respuestas adecuadas al envejecimiento demográfico. No deben aplicarse los mismos esquemas e ideas para entender la pirámide de población de un municipio, una provincia o una Comunidad Autónoma, y no deben medirse con el mismo rasero los pueblos envejecidos de la España rural interior con los que atraen turismo residencial de jubilados extranjeros, las entidades de población dispersa del norte del país o los barrios históricos en el centro de las grandes ciudades. Un pueblo en el que el peso de los mayores es muy alto por la marcha de los jóvenes revela problemas para la continuidad de la propia entidad poblacional; pero si el motivo es que atrae jubilados extranjeros probablemente muestra mucho más dinamismo económico, crea puestos de trabajo y tiene buenas expectativas de futuro.

v. Estado de salud y discapacidad

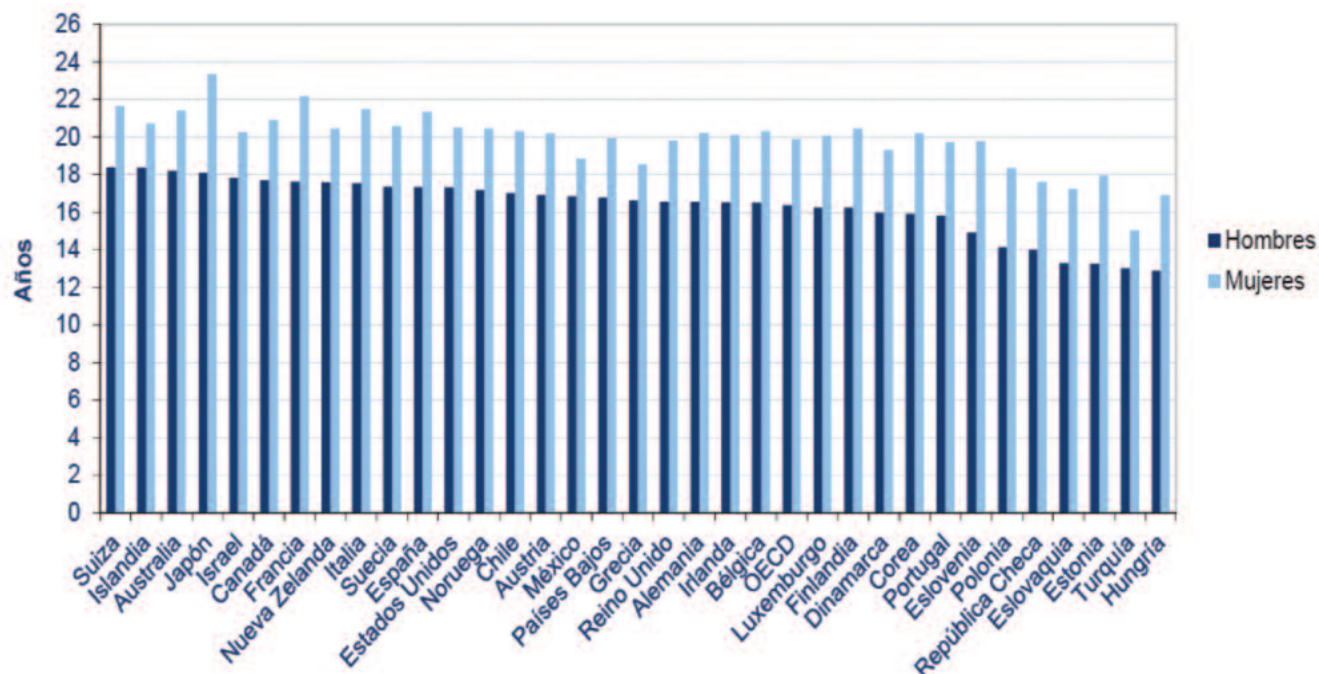
El envejecimiento está asociado, especialmente en las edades avanzadas, al deterioro de las capacidades. Agotado ya el período del baby boom de los años sesenta/setenta, en los ochenta empezó a ser evidente que el cambio de la pirámide poblacional iba a continuar y que esta vez el ritmo sería muy acelerado. En un momento de problemas económicos y remodelación del gasto público, los países más avanzados temieron

una epidemia gris y la propia OMS modificó sus anteriores prioridades en torno a la duración de la vida para empezar a hablar de la calidad de los años vividos. La discapacidad y la dependencia han pasado desde la periferia de las preocupaciones médicas hasta el centro de las preocupaciones sociales. Al mismo tiempo, desde el punto de vista económico, la sostenibilidad del sistema de pensiones se convierte en uno de los temas centrales dentro de la discusión sobre el futuro del envejecimiento, más aun teniendo en cuenta que España es un país con una cifra de años esperados de vida tras la jubilación bastante alta, para los hombres (17,3 años), por encima de países como Estados Unidos y buena parte de la Unión Europea.

Siguiendo patrones internacionales, España ha realizado tres macroencuestas sobre discapacidad y dependencia. Por desgracia en este periodo han evolucionado enormemente las ideas y clasificaciones en torno a la discapacidad, y cada una de las tres encuestas, presentan limitaciones, como por ejemplo la restricción al análisis de los hogares familiares, siendo la vejez avanzada una etapa con muchas salidas de observación por gente que acaba en residencias. Como no son una muestra aleatoria, sino muy influida por la mala salud, se produce un sesgo importante en los indicadores que sería necesario corregir.

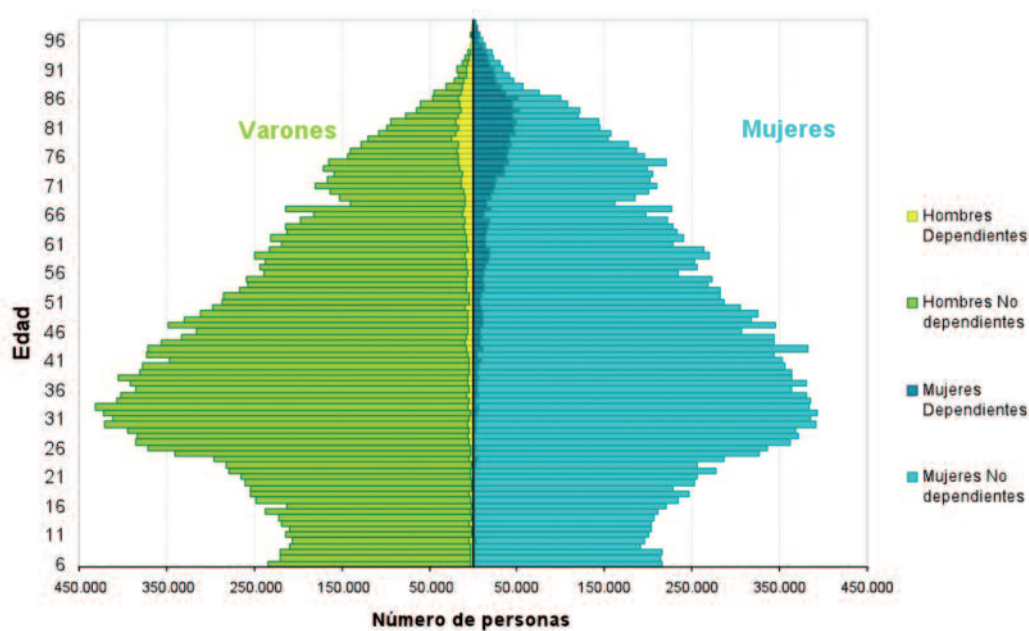
De los resultados de las mismas se desprende que la tasa de discapacidad crece con la edad. A los 80 y más años, más de la mitad de la población española tiene problemas para realizar las actividades cotidianas. También es más alta en los analfabetos, en los viudos y en los que viven en hogares de otro tipo (otros tipos de convivencia diferentes al hogar unipersonal, en pareja o multigeneracional, y con presencia de empleados de hogar con mayores, etc.). Respecto a la dependencia, un 26% tienen un grado de dependencia moderada o severa en este otro tipo de hogares, a diferencia del 19% de los hogares con múltiples generaciones co-residiendo, un 14% de los hogares unipersonales y un 10% para aquellos que viven en pareja. Evidentemente, esta distribución por tipo de hogar viene muy influida por la edad y el sexo del individuo, a mayor edad hay más probabilidad de que la persona dependiente sea mujer y viva en un hogar multigeneracional o en hogares de otro tipo.

Gráfico 2.14. Años esperados de vida tras la jubilación en distintos países del mundo por sexo, 2010



Fuente: OECD Pensions at a Glance (www.oecd.org/els/social/pensions/PAG).

Gráfico 2.15. Población española 2008, por sexo y edad (mayor de 6 años) según su situación de dependencia.



Fuente: INE: EDAD 2008. Elaboración propia a partir de los microdatos

Finalmente, en cuanto a salud se refiere, los mayores suponen el 39,94% de todas las altas hospitalarias y presentan estancias más largas. Más de la mitad de las estancias causadas en hospitales se debe a población mayor. En cuanto a las causas más frecuentes de asistencia hospitalaria entre las personas de 65 y más años se encuentran las enfermedades circulatorias (22,6%), respiratorias (14,6%), digestivas y cáncer (12,5%) siguiéndoles en importancia los traumatismos.

El declive brusco de la mortalidad a lo largo del siglo XX ha hecho que en la actualidad el 83,75% de todos los fallecidos en España sean personas de edad, cuando a principios del siglo XX apenas llegaban al 30%. La principal causa de muerte entre los mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio, el cáncer es la segunda y en tercer lugar, a distancia, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias.

Y destaca el aumento de la mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas en los últimos años. La lucha durante las últimas décadas contra las enfermedades cardiovasculares y los cambios en los hábitos de salud y la compresión de la mortalidad en edades cada

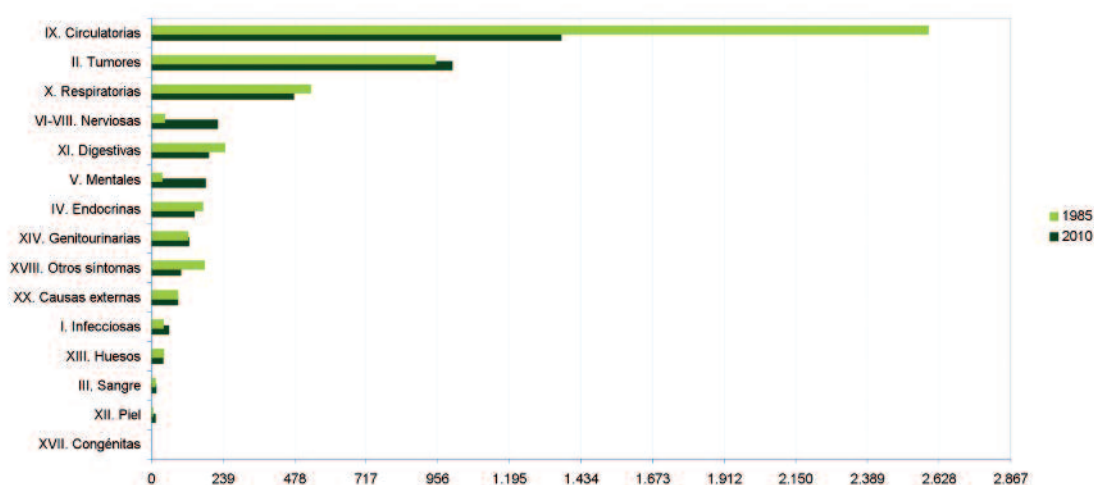
vez más avanzadas, hará que la mortalidad por tumores tenga cada vez una mayor preponderancia dentro de la estructura de causas de muerte en España e internacionalmente.

d. Comentario final sobre el envejecimiento demográfico y sus consecuencias

El envejecimiento demográfico sigue siendo observado con los parámetros tradicionales como sinónimo de decadencia y falta de juventud resultante de la “falta de vitalidad” o del abandono migratorio. Todavía no ha calado la idea de que la modernización demográfica genera un cambio de la pirámide poblacional de raíces totalmente diferentes y sumamente deseables.

La mayor eficiencia en la reproducción, con un mayor aprovechamiento de las vidas traídas al mundo, se ha conseguido elevando drásticamente los recursos y atenciones dedicadas a cada persona desde su nacimiento. Se consigue así su supervivencia prácticamente masiva durante todas las etapas posteriores de la vida, en vez de verse desaprovechado su potencial de forma precoz.

Gráfico 2.16. Tasas por 100.000 habitantes de defunciones de personas mayores de 65 años por causa, 1985 y 2010



Fuente: Portal Mayores, Indicadores básicos, 2012.

<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/indicadores/indicadoresgenerales/indicadoresbasicos/2012/index.html>

Esto es lo que ha permitido un crecimiento demográfico explosivo, sin precedentes, a la vez que ha liberado a los humanos de las obligadamente amplias descendencias del pasado. Y esta es la causa del actual cambio de la pirámide poblacional en España y en prácticamente todo el mundo.

Buena parte de las alarmas suscitadas por este cambio resultan de no discriminar escalas geográficas; el envejecimiento rural puede resultar del declive económico y el éxodo juvenil, pero el de un país de más de cuarenta y seis millones de personas se debe al progreso sociodemográfico y debería ser acogido como tal.

Otro error analítico grave es atribuir el creciente número de mayores a los logros sociosanitarios en la salud y condiciones de vida en la vejez. Por mucho que estas mejoras sean ciertas, poco impacto tendrían en la pirámide de edades si no se hubiese conseguido previamente generalizar la supervivencia generacional en las edades anteriores. La gran diferencia respecto a todo el pasado de la humanidad es que hoy alcanza los 65 años la amplia mayoría de quienes nacieron 65 años atrás, y este no es un logro de las políticas de vejez, sino el resultado de una mejora integral históricamente muy reciente en la vida de las personas en todas las edades y, especialmente, en su infancia.

En este proceso las sucesivas oleadas generacionales consiguen no sólo una creciente expectativa de vida al nacer; van configurando además generaciones cada vez mejor dotadas desde sus inicios: la educación, la alimentación, la atención a la salud, la dotación de relaciones, recursos y medios de todo tipo mejoran de unas generaciones a otras de forma espectacular. A medida que van llegando a la vejez generan no sólo un aumento en el peso de los mayores en la pirámide poblacional, sino también un cambio rapidísimo de las características y comportamientos en esas edades, cargado de excelentes potencialidades para el resto de edades y para la sociedad en su conjunto.

Por todo lo anterior las políticas de vejez deben abandonar definitivamente la visión mecánica sobre el simple cambio en la estructura por edades, y empezar a asumir que las sociedades del futuro no volverán a tener pirámides poblacionales como las del pasado

(afortunadamente). Contemplar este cambio como una amenaza para "las demás edades" es tratar las edades como grupos sociales separados, congelados en el tiempo, pervirtiendo su sentido real, el de sucesivas etapas de la vida por las que todos vamos a pasar.

Las políticas de "vejez activa" parten a veces de equívocos como los anteriores, y se combinan con llamamientos a una mayor natalidad a la vez que procuran movilizar a unos mayores que se presuponen pasivos, estáticos, escasamente formados, frágiles, discapacitados y sin recursos propios. En un esquema en que el mayor se supone dependiente "por naturaleza", sólo caben políticas entre el extremo de la total protección a una vejez pasiva y el desentendimiento público más absoluto, en el que encajaría reclamar a los propios mayores que sean "más activos". Esta es en realidad una perversión de las políticas de envejecimiento activo. Su fundamento real tiene que ser el reconocimiento de las crecientes potencialidades de la vejez, para sí misma y para el conjunto de la sociedad, a la vez que se consolidan las condiciones materiales y sociales que hacen eso posible. La modernización sociodemográfica va a provocar, lo está haciendo ya, que los mayores sean cada vez más activos, independientemente de las políticas de vejez. No serán sólo receptores de recursos y ayudas, sino actores cada vez más importantes. En manos del legislador y el planificador está sacar provecho de ello, fomentarlo, acompañarlo y dejar de soñar con vueltas a un pasado demográfico que siempre fue mucho peor.

e. Referencias generales para este apartado

Son de referencia obligada los sucesivos informes IMSERSO Las personas mayores en España. (Informes 2010, 2008, 2006, 2004, 2002 y 2000).

Dichos informes pueden consultarse libremente, íntegros, en Portal Mayores, fuente extraordinaria de información demográfica, sociológica y sanitaria acerca de la vejez española: <http://www.imfersomayores.csic.es>

3

ENVEJECIMIENTO ACTIVO. ALGUNAS REFLEXIONES DEL AÑO EUROPEO (2012) DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL



3

ENVEJECIMIENTO ACTIVO. ALGUNAS REFLEXIONES DEL AÑO EUROPEO (2012) DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

Autores: Michel Oris ¹

En este documento se plantea que nuestras percepciones sobre el «envejecimiento activo» son producto de importantes transformaciones en la realidad demográfica, pero también las representaciones sociales del envejecimiento y de la población de edad avanzada, así como una consecuencia del trato que la política ha dado al reto del envejecimiento. Hemos desarrollado nuestros argumentos en función de los indicios observados en Suiza, si bien los temas tratados en el presente documento pueden extrapolarse a otras poblaciones europeas.

En los próximos años, todos los países europeos envejecerán significativamente ya que las generaciones del baby-boom empiezan a acercarse a la edad de jubilación. Como consecuencia, nuestro futuro parece verse amenazado por los cambios demográficos. Esta convicción es bastante común y sorprendentemente antigua. De hecho, fue en las décadas de los 50 y los 60 (en pleno baby-boom, por así decirlo) cuando se estableció un concepto negativo de la edad avanzada y del envejecimiento. En lo que respecta a la edad avanzada, se asociaba sistemáticamente con enfermedades, senilidad, deterioro y muerte. De hecho, la muerte se convirtió en un tema tabú durante los «treinta años gloriosos» del capitalismo (1945-1975), años que estuvieron marcados por un intenso espíritu de juventud y que plantearon una perspectiva vital de la existencia. En el caso del envejecimiento, el aumento de la población anciana se consideraba un

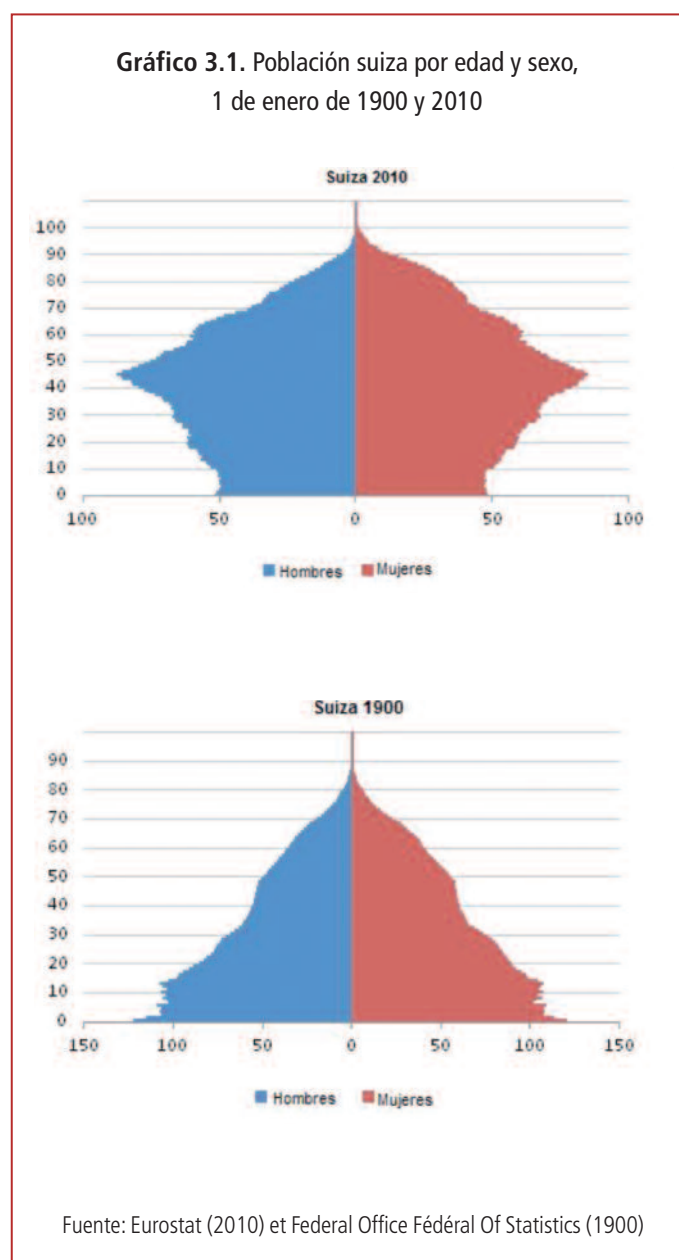
riesgo que daría lugar a una sociedad conservadora e incapaz de innovar así como un riesgo para el estado del bienestar y su economía, dados los elevados gastos en pensiones y en el sistema sanitario (Bourdelaïs, 1997).

El gráfico 1 nos ofrece un análisis de estas dos simples perspectivas frente al «paso del tiempo». Nos muestra la estructura de los habitantes de Suiza en función de la edad y el sexo en 2010 y en 1900, hace 110 años. En aquel entonces, el porcentaje de dependencia (cociente entre las personas con más de 65 años y aquellos con una edad comprendida entre 20 y 64) de la población anciana aumentó de manera espectacular de 11 a 27, mientras que el número de jóvenes menores de 20 años por cada 100 adultos disminuyó de 79 a 34. Por tanto, el cociente de dependencia total (jóvenes y ancianos en comparación con adultos) se desplomó de 90 a 61. De hecho, en términos demoeconómicos, la situación es bastante mejor ahora, a principios del siglo XXI, que en 1900, aunque nos sintamos amenazados... Este hecho se debe a que el número de jóvenes con los que hay que «cargar» de la dependencia han disminuido mucho más rápido de lo que ha progresado la población de edad avanzada. No obstante, la comparación histórica no es del todo cierta ya que la población en Suiza no ha evolucionado únicamente de forma demográfica si no también socioeconómica, a pesar de que es la evolución demográfica la que se suele considerar como una amenaza.

1. Universidad de Ginebra, Centro interdisciplinar para el estudio de la Gerontología y la Vulnerabilidad; y Centro nacional de aptitud investigadora LIVES.

La realidad es la siguiente: en 1900, la población joven representaba una carga para la sociedad únicamente hasta que se cumplían los 12 años ya que a esa edad se solía comenzar a trabajar. Además, a excepción de unos pocos funcionarios del estado, en 1900 ninguna persona de edad avanzada recibía una pensión, por lo que tampoco representaba una carga para la sociedad. Los progresos alcanzados gracias a la escolarización y el establecimiento del estado del bienestar fueron mucho más importantes en la creación de los (des)equilibrios socioeconómicos actuales que el envejecimiento y la vejez.

Es evidente que, además de la relativización del papel desempeñado por el cambio demográfico, el concepto negativo de vejez (surgido en las décadas de los 50 y los 60, en las que se consideraba a los mayores de 65 años como «dependientes») también ha evolucionado. De hecho, tras la Segunda Guerra Mundial, cuando la población suiza vota a favor de una pensión general a los 65 años, la esperanza de vida en Suiza era de ¡65 años!. Desde entonces, dicha cifra ha aumentado sin cesar hasta los 85 años en mujeres. Suiza es el segundo país del mundo, justo después de Japón y a la par con Francia, que goza de estas cifras. Los hombres superan la frontera simbólica de los 80 años y, nuevamente, solo Japón dispone de una cifra más alta que la de Suiza (Adveev y cols., 2011). La población española también se encuentra muy cerca de esos valores tan altos, tal y como se muestra a continuación en la tabla 1.



Por decirlo de otra manera, hemos avanzado mucho desde aquellos años en los que la jubilación no significaba más que un pequeño descanso tras toda una vida de trabajo antes de fallecer. En los años 70, toda una generación alcanzó la edad de jubilación teniendo que enfrentarse a «una vida por inventar» (Lalivie d'Épinay, 1991). Los miembros de esa generación, que se habían beneficiado de las mejoras en las condiciones socioeconómicas y sanitarias, llegaron a la edad de jubilación gozando de buena salud y con la perspectiva de varios años estupendos por delante, ya que la esperanza de vida sin presentar ningún tipo de discapacidad había aumentado mucho más rápido que la esperanza de vida en sí (Wanner y cols., 2005). Esta generación, carente de «modelos» previos en los que inspirarse, fue la primera en poder inventar la forma de vivir su jubilación. Esta evolución ha dado lugar a nuevas perspectivas de la vejez, etapa que se ha denominado como «la tercera edad de la vida». Esta tercera edad supone una libertad recién encontrada, independencia, (volver a) dedicarse tiempo a uno mismo y un buen momento para buscar nuevas satisfacciones. En general, los pensionistas (que se denominaban con cada vez menos frecuencia «ancianos») se unieron a la aventura general de la búsqueda de la felicidad y la autorrealización.

Al mismo tiempo, al tratar de definir una «cuarta edad», en la que la senilidad, la dependencia y la institucionalización vuelven a ser factores importantes, reaparecen los viejos miedos. Durante cierto tiempo la investigación en gerontología ha combinado la perspectiva de una tercera edad ideal y una cuarta edad terrible. Este ha sido uno de los motivos por los que el equipo de investigación del Centro de Gerontología Interdisciplinar (CIG, según sus siglas en inglés) de la Universidad de Ginebra decidió realizar un seguimiento de 716 octogenarios de Valais y Ginebra durante un periodo de 12 años. No sólo se ha experimentado un incremento en el porcentaje de la población de edad avanzada, sino que el ratio de la población más anciana ha aumentado con mayor rapidez. En 1900, apenas la mitad de la población de Suiza alcanzaba los 80 años. En 2010, esta población representa el 4,8 %!. El estudio realizado por el CIG echa por tierra muchas de las ideas establecidas con respecto al rápido crecimiento de la población.

En su transcurso hacia la muerte, el 7 % de esta población «más anciana» pasa de la autonomía a la dependencia, el 38 % de la autonomía a la debilidad y a la dependencia; el 40 % de la autonomía a la debilidad y finalmente el 15 % siguen siendo autónomos hasta el final de su vida. De hecho, observamos que personas de 80 años e incluso mayores, en una mayoría (55%) nunca se vuelve dependiente. La población de edad avanzada, incluso los más ancianos, dista mucho de ser una mera carga (hecho que Höpflinger y cols., 2011 confirmaron para Suiza en su totalidad).

Además, a la vista de los resultados expuestos anteriormente, observamos que hay multitud de trayectorias individuales; no existe una cuarta edad que represente la continuación natural de la tercera edad. Finalmente, más allá de la clásica dicotomía de autonomía y dependencia, el factor que realmente engloba a toda la población de edad avanzada es la debilidad, ya que un 78% de los octogenarios, aproximadamente, la han experimentado. Existe un potencial significativo de mejoras en las condiciones de vida y en los costes sanitarios al disminuir la necesidad de dependencia de la población en edad de convertirse en personas débiles.

Todos los desarrollos de estas realidades y representaciones de la vejez salieron a la luz en 2012, año europeo del envejecimiento activo y las relaciones intergeneracionales. La tendencia inicial, el surgimiento de la tercera edad, fue la principal causa del debate general que culminó en los años 90. En 1993, ya se había organizado un año europeo para personas de edad avanzada y solidaridad entre generaciones. Sin embargo, hasta ahora, las motivaciones de dichos debates habían sido, en gran medida, económicas. Por ello, la OCDE ha sido uno de los grandes promotores del envejecimiento activo durante la última década del siglo XX: esta perspectiva contribuía a entender el envejecimiento activo como un medio para prolongar la duración de una carrera profesional, para continuar trabajando y sobre todo para disminuir la carga que suponían las generaciones de edad avanzada en las generaciones jóvenes. (Moulaert y Léonard, 2011).

A principios del siglo XXI, el dominio de dichos intereses económicos había disminuido. En 2012, la Unión Europea justificaba su elección del tema del año de la siguiente manera: «La solidaridad intergeneracional significa apoyo mutuo y cooperación de los diferentes grupos de edad con el fin de crear una sociedad que permita que todas las personas, independientemente de su edad, contribuyan y se beneficien del progreso económico y social de su comunidad (conforme a sus necesidades y capacidades)» (Brochure sur le vieillissement actif [Folleto sobre el envejecimiento activo]). Este argumento contiene, en realidad, una definición implícita del envejecimiento activo: se pone énfasis en que la contribución o el beneficio no es sólo de naturaleza económica, tanto para la población de edad avanzada como para el resto de la población. Además, esta definición pone de relieve las capacidades de cada individuo, reconociendo (implícitamente) las desigualdades existentes en una sociedad. Esto último debe compensarse o reducirse en la medida en que los requisitos para la contribución sean equilibrados con el derecho al beneficio. Finalmente, se pone énfasis en la cooperación entre los diferentes grupos de edad, en el «apoyo mutuo».

En lo que respecta a las evidencias de esta evolución en las representaciones de la vejez en nuestro continente, Suiza se sitúa en una posición preferencial ya que el país cuenta con un notable informe sobre gene-

raciones, que resume y enriquece todo un flujo de investigación (Perrig-Chiello, Höpflinger y cols., 2009). Por tanto, remitimos al lector a dicho informe para un acercamiento a los puntos fuertes de los lazos intergeneracionales, su significativo valor económico (en términos de beneficios y transferencias), y su contribución a los vínculos sociales mediante acciones voluntarias tanto para uno mismo como para los demás a través de asociaciones y de la participación como ciudadanos. En este informe también se expone el papel fundamental de los «jóvenes de edad avanzada», a pesar de que se trata de un grupo de la población muy difícil de definir, como hemos argumentado anteriormente, y notablemente marcado por la diversidad en las trayectorias personales.

Es precisamente esta diversidad lo que debería llamar nuestra atención, ya que esclarece la conexión entre los factores culturales y las condiciones socioeconómicas de la vejez. Volviendo a la definición de vejez del año europeo del envejecimiento activo de 2012, la heterogeneidad de las capacidades nos conduce a desigualdades y por tanto a la incapacidad de permanecer activo y conservar los lazos sociales. Esto resulta certero en una sociedad determinada, pero también a través de una sencilla comparación entre España y Suiza, tal como se muestra en la tabla 1. Observamos que en términos de esperanza media de vida después de los 65 años, los resultados de España son tan positivos como los de Suiza. Sin embargo, al considerar los años de vida en que aún se goza de buena salud después de los 65 años, se hace patente la situación

de desventaja de los españoles, especialmente de las mujeres. Parece evidente que resulta difícil permanecer activo y contribuir socialmente cuando se está enfermo.

Volviendo a las desigualdades existentes en la sociedad suiza, se puede concluir que durante los últimos 40 años, las condiciones de vida para la población de edad avanzada han mejorado pero, de manera simultánea, la distancia entre las clases sociales también ha aumentado. Esta desigualdad en la población de edad avanzada supone un claro reto a solventar para cualquier proyecto centrado en el envejecimiento activo y en las relaciones intergeneracionales. Sin embargo, es importante señalar que dicho reto es el resultado de un éxito significativo: en términos demográficos, la democratización del acceso a la jubilación ha sido el principal motivo de dichas desigualdades. Conforme a las tablas sobre supervivencia, en el año 2000 en la región Lemánica de Suiza, el 84% de los hombres y el 92% de las mujeres alcanzaron los 65 años de edad, y el 52% y el 73% alcanzaron los 80 años, respectivamente (Oris y Lerch, 2009). Estas cifras demuestran que incluso los menos afortunados, los inmigrantes o los procedentes de clases sociales más bajas, viven cada vez más tiempo; lo que da lugar a una población que envejece de forma diferente a como lo hacía hace 15 ó 30 años, con orígenes y trayectorias más diversas (véase Bolzman 2012). Esta creciente pluralidad de la población de edad avanzada supone un reto fundamental para el futuro.

Tabla 3.1. Esperanza de vida a los 65 años, total y con buena salud, en Suiza y España, 2010

Países	e ₆₅		e ₆₅ con buena salud	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
España	22.7	18.6	22.4	19.0
Suiza	8.9	9.6	12.2	11.5

4

EL CAPITAL-TIEMPO Y LA POSICIÓN ECONÓMICA DE LOS MAYORES



4

EL CAPITAL-TIEMPO Y LA POSICIÓN ECONÓMICA DE LOS MAYORES

Autores: María de los Ángeles Durán Heras

a. La posición económica de los mayores

Si por economía se entiende exclusivamente la circulación de mercancías dentro del mercado, nunca se comprenderá el papel que juegan los mayores en las sociedades desarrolladas. Como señalaba el Informe elaborado por Stiglitz, Sen y Fitoussi (2009), los indicadores macroeconómicos centrados en la producción de mercancías son muy parciales e incompletos. Su utilidad es aún menor si de lo que se trata es de comprender lo que sucede a grupos que por edad u otra causa se encuentran excluidos del mercado de trabajo. La economía, en su dimensión amplia, es la producción y distribución de bienes y servicios susceptibles de uso alternativo, tanto si se convierten en mercancías como no. Los mayores juegan un papel importante en el ámbito de las mercancías, pero aún más importante es su papel fuera de este ámbito restringido. En el proceso de producción de bienes y servicios, cada fase conlleva un aumento en el coste, que quien lo produce sólo recuperará si logra repercutirlo sobre el precio y vender la mercancía. El trabajo es un factor de producción decisivo, y su coste ha de repercutirse en el precio final del producto; sin embargo, el mercado de competencia perfecta es una figura retórica, ya que el poder de las partes para comprar y vender es desigual y variable. En ese sentido, la economía es siempre una economía política y la posición económica de cada grupo o individuo deriva de su capacidad de poder y presión social, regla general a la que no escapan los mayores ni quienes interactúan con ellos.

A las personas mayores, el precio del trabajo les afecta sobre todo por dos vías; de una parte, los compradores de trabajo (el mercado laboral y, más concretamente, los empleadores) no compran su tiempo disponible a menos que puedan repercutirlo por una cantidad mayor de la que cuesta emplearlos. Aunque la experiencia pueda suplir el desgaste paulatino de las condiciones físicas, la pérdida de competitividad por el desconocimiento de las nuevas tecnologías es una seria amenaza al empleo potencial de las personas mayores, y un desafío a la relativa impermeabilidad entre el sistema educativo y el productivo. De otra parte, los propios mayores sólo pueden comprar bienes y servicios cuyo coste sea inferior a sus rentas, independientemente del grado de necesidad que sientan respecto a tales bienes y servicios. Necesidad, utilidad social y rentabilidad para el mercado son categorías independientes y a menudo antitéticas.

La intervención del Estado al fijar precios mínimos al trabajo (salario mínimo, seguridad social y condiciones mínimas de trabajo obligatorias) tiene como objetivo evitar que en procesos en los que el trabajo produce un importante valor añadido al producto, el empleador se apropie del mismo en una proporción abusiva. Este es el objetivo explícito y legítimo de la regulación laboral. Sin embargo, un efecto inevitable de la fijación de mínimos es que se transforma en la prohibición de comprar o vender trabajo por debajo de ellos. Las actividades que no pueden repercutirse en los precios porque no se revierten al mercado, como es en gran parte el cuidado, quedan automáticamente

a-legalizadas, salvo que sean absorbidas por el Estado y se compense la diferencia entre el coste de producción y el precio de venta mediante subsidios u otro tipo de transferencias. A diferencia de la mayor parte del trabajo, que se incorpora a la producción de mercancías, el trabajo de cuidado no es habitualmente repercutible mediante la venta del producto. La búsqueda de trabajo no regulado por las reglamentaciones del mercado laboral es una constante por parte de quienes necesitan cuidados y la búsqueda de cuidadores para ancianos ha sido una de las fuerzas impulsoras de la apertura a trabajadores inmigrantes; por ejemplo, el 7'1% de los mayores de 85 años emplean trabajadores domésticos internos, frente al 0'4% de los de 65 a 69 años. A la población de edad avanzada les afectan de modo importante, como empleadores, los cambios legales (salario mínimo, jornada, seguridad social, etc.) en este sector.

Como luego veremos con mayor detalle, el conjunto de los mayores dispone de rentas comparativamente bajas, lo que apenas les permite comprar servicios sanitarios y de cuidado al precio de mercado. Simultáneamente, la población de edades centrales no quiere ni puede ocuparse en actividades que generan escaso valor añadido ante el mercado, como el cuidado, y estas tareas tienden a desplazarse hacia los sectores sociales más frágiles o previamente excluidos del mercado laboral, como las mujeres mayores.

b. La duración del período laboral y la jubilación

El hecho económico más importante en relación a la vejez es la jubilación. Aunque el envejecimiento sea un proceso biológico que se produce paulatinamente y con grandes diferencias individuales, la jubilación es un acto administrativo apoyado en un marco jurídico homogeneizador que presta poca atención a las diferencias y preferencias individuales. La jubilación tiene un significado muy diferente para hombres y mujeres, ya que la trayectoria laboral y la adscripción tradicional

al trabajo no remunerado del hogar es muy diferente para unos y otras. Sólo el 0'7% de los mayores de 65 años permanecen activos. El 64% son pensionistas o jubilados y han tenido empleo con anterioridad.

La condición socioeconómica y ocupacional de la dedicación a las labores del hogar sigue siendo exclusiva de las mujeres, aunque de hecho esta categoría administrativa se difumina por la superposición de la actividad doméstica con la condición de pensionistas (viudas, etc.) y jubiladas. El ajuste a la nueva etapa se hace en la mayor parte de los casos sin estridencias, ni siquiera es un momento especialmente importante en la vida de muchas personas mayores que anteriormente tuvieron empleo. Así lo manifiestan el 41% de los jubilados en la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores (CIS, estudio nº 2467, 2006); para el resto, la experiencia positiva es tres veces más frecuente que la experiencia negativa. La disponibilidad de tiempo libre para dedicarse a lo que se quiere compensa con creces el sentimiento de pérdida o vacío.

La jubilación es bien recibida por los trabajadores cuyas rentas y bienes complementarios después de la jubilación no suponen una gran pérdida respecto a la época activa. También es deseada por los trabajadores con dificultades de salud, escasa motivación profesional o fuertemente presionados para hacerse cargo de otras responsabilidades extralaborales. En cualquier caso, son muchos los trabajadores que consideran la jubilación una expulsión del mercado por razón de edad, algo que contradice frontalmente la idea de actividad y participación promovida durante el Año del Envejecimiento Activo (2012) y que, en el caso de España, podría considerarse asimismo contradictoria con el art. 14 de la Constitución, en el que se manifiesta que nadie podrá ser discriminado por razón de edad².

En España, según la Encuesta de Empleo del Tiempo (INE, 2009-2010) entre los 45 y los 64 años tiene empleo remunerado el 39% de la población, que como media le dedica 7 horas y 48 minutos diarios.

2. Respecto a la edad de jubilación, la Constitución no se pronuncia expresamente. El artículo 35 menciona el derecho y obligación de trabajar, en tanto que el artículo 50 menciona la necesidad de crear un adecuado sistema de pensiones para la tercera edad.

A partir de los 65 años sólo tiene empleo declarado el 1'8% de la población. La edad de jubilación se ha ido adelantando de hecho en los veinte años anteriores al inicio de la actual crisis económica. Según la encuesta anteriormente citada, entre los mayores de 85 años sólo el 3% se había jubilado antes de los 50 años de edad, pero esa proporción se duplicaba entre los de 65 años. La proporción que se había jubilado entre los 50 y los 59 años de edad se multiplica por cuatro entre los de sesenta y cinco años por comparación con los mayores de ochenta y cinco.

La reducción de la porción de tiempo dedicada al mercado laboral en el ciclo completo de vida sólo puede sostenerse si la productividad aumenta considerablemente por mejoras técnicas u organizativas, o si se incorporan grupos anteriormente poco presentes, como las mujeres. La incorporación de inmigrantes con un perfil demográfico joven es un paliativo temporal, pero no una solución de fondo. Expresándolo de modo gráfico y simplificado; si un trabajador accede al mercado laboral con 25 años, permanece hasta los 65 y fallece a los 85, su época laboral sólo cubre el 47% de su vida y en ese período tiene que producir suficiente para el período previo y el posterior, contribuir al mantenimiento de quienes por enfermedad, desempleo u otras razones no acceden al mercado laboral, y transferir parte de lo que produce a las entidades privadas y públicas que financian su contexto productivo y asumen los riesgos de ofrecerle empleo.

Tanto el alargamiento del período prelaboral como del postlaboral requieren compensarse con el alargamiento del período laboral si los demás factores (tecnológicos, organizativos, distributivos, sanitarios, etc.) no se modifican. Desde el comienzo de la crisis, sobre la edad de jubilación confluyen dos tendencias de signo contrario; la que promueve su retraso para compensar el alargamiento de la esperanza de vida, y la que promueve la expulsión del mercado laboral de los mayores como estrategia de adelgazamiento de las plantillas en las empresas privadas o entidades públicas, y/o para favorecer el acceso a esos puestos de los trabajadores jóvenes. La primera tendencia es de carácter estructural, viene respaldada desde los organismos de la U.E. y a medio plazo se impondrá.

Ya está previsto, como un primer paso, el retraso de la edad de jubilación de los 65 a los 67 años. Sin embargo, a corto plazo tiene mayor influencia la segunda, porque el empleo se ha convertido en un privilegio sobre el que se hace girar el conflicto social intergeneracional. La consecuencia económica principal de la jubilación es la pérdida de las rentas laborales, el acceso a la renta postlaboral y a algunas facilidades o descuentos en el uso de bienes y servicios, así como la disponibilidad de tiempo para otras actividades.

Según la Agencia Tributaria, la retribución anual media de los pensionistas es solo el 55% de la renta media de los asalariados con empleo (Durán, M.A., 2012). La pérdida no es tan fuerte para la mayoría porque los ingresos medios de los asalariados en el momento de la jubilación es inferior a la del conjunto de los asalariados, ya que tienen un nivel educativo inferior, compensado parcialmente por su antigüedad en el puesto de trabajo. No obstante, la pérdida es importante y afecta sobre todo a los trabajadores de alto nivel profesional cuyos salarios previos excedían considerablemente las pensiones máximas estipuladas por la Seguridad Social. Para este colectivo, el sistema de pensiones constituye un proceso redistributivo para el que cotizan durante la época activa tanto si lo desean como si no.

c. Patrimonio, rentas y consumo

Aunque las rentas postlaborales (pensiones) sean el principal y más visible aspecto de la participación de las personas mayores en la economía monetarizada, hay otros aspectos igualmente relevantes que afectan a algunas políticas específicas. Los indicadores requieren cautela en su tratamiento, ya que los resultados pueden ser muy distintos según se refieran a los hogares o a las personas, debido a su diferente tamaño y composición por edad. Algunos bienes son inelásticos, no puede prescindirse de ellos aunque el tamaño del hogar disminuya, ni pueden aprovecharse las economías de escala.

Los mayores poseen patrimonio, especialmente inmobiliario. La renta media por persona en 2009 (Encuesta de Condiciones de Vida, INE 2010) es 9.737€; para los

varones mayores de 65 años, es 9.916€ y para las mujeres, 9.670€. Se ha igualado la de los activos con la de los mayores por el efecto de la crisis económica y el desempleo, aparte de que los activos sustentan hogares más numerosos. El tratamiento que se otorgue al patrimonio condiciona la actuación de numerosas políticas públicas relativas a la fiscalidad. El patrimonio inmobiliario (viviendas) destinado a uso propio no produce rentas materiales, pero a muchos efectos se interpreta como una renta invisible equivalente al ahorro del alquiler. El 82% de los hogares son propietarios de la vivienda en la que residen y esta proporción sube al 88'7% en los hogares sustentados por personas mayores de sesenta y cinco años. Si a la renta efectivamente percibida se le añade la renta imputada por el alquiler en las viviendas en propiedad, la renta aumenta un 49% para el total de los hogares, un 36% para los de varones mayores y un 31% para los de mujeres mayores. Las dificultades materiales (capacidad para pagar vacaciones, calefacción, gastos imprevistos, etc.) o de cubrir sus gastos mensuales, también se han igualado entre las generaciones por efecto de la crisis, y los mayores no presentan un cuadro especial de carencias económicas autopercibidas.

Los índices de pobreza entre personas mayores –y, consecuentemente, su necesidad y derecho a recibir asistencia o ayudas públicas, sobre todo para las mujeres mayores-, son completamente distintos según se tenga en cuenta o no la disponibilidad de vivienda propia. A pesar del efecto estabilizador y enriquecedor de la propiedad de la vivienda, el mantenimiento de los inmuebles (las “derramas” de las comunidades de vecinos) ocasiona gastos imprevistos que frecuentemente las exiguas rentas de los pensionistas no pueden sufragar. La caída reciente del precio de la vivienda en España ha afectado a quienes contaban con ella como garantía de las rentas vitalicias a través de la hipoteca inversa, la donación en vida a sus cuidadores como contraprestación del cuidado, u otras fórmulas parecidas.

Además de la propiedad inmobiliaria, los mayores detentan la propiedad de fondos privados de pensiones y otros ahorros, que no sólo juegan un importante papel como garantía frente a la reducción

de sus rentas laborales sino para el conjunto del sistema financiero y la Administración Pública del Estado. Las cuotas anuales que cobran los bancos por la gestión de los fondos de pensiones, referidas al volumen depositado y no a sus rendimientos, ha permitido un excelente beneficio durante décadas para el sistema financiero, sin mencionar otros productos que han ganado triste celebridad reciente por su colocación masiva entre personas mayores de escasa formación (fondos variables no garantizados, preferentes y otros). Para el Estado, los Fondos de Pensiones privados son también un tema importante. Hasta 2006 se incentivaron fiscalmente, permitiendo que lo depositado en ellos no tributase en el IRPF hasta la recuperación, concediendo además una exención sobre ellos del 40% si la recuperación se efectuaba en forma de capital. La publicidad en torno a los Fondos fue masiva y ambigua, generando muchas confusiones entre los depositantes. A partir de esa fecha desapareció la exención y los mayores que recuperan sus fondos han de tributar (excepto lo depositado anteriormente) a los tipos corrientes de IRPF. Lo mismo sucede si son sus herederos quienes recuperan el capital ahorrado por vía de herencia. Con la subida de tipos impositivos, un pensionista que hubiera tributado a un tipo bajo o medio durante su vida laboral, tributará a un tipo medio o alto cuando recupere lo ahorrado. Las cantidades que recuperará son nominalmente iguales a las que depositó, pero a causa de la inflación su poder adquisitivo será reducido respecto al de entonces (por ejemplo, si se asume una inflación anual acumulada del 2%, lo recuperado una década después de su imposición ha perdido más del 20% en capacidad de compra o valor real).

Puesto que el Estado puede imponer los cambios en las condiciones fiscales (incluso, en 2006 se consideró la posibilidad de aplicar la nueva legislación con efectos retroactivos), para algunos sectores de la opinión pública los fondos de pensiones son una estrategia de ahorro demasiado arriesgada a medio plazo, y su principal beneficiario no son las personas mayores a las que supuestamente van dirigidos.

En cuanto al consumo, los mayores constituyen un sector importante por su amplio volumen y la estabilidad de sus rentas, a pesar de su baja cuantía.

Consumen sobre todo productos de primera necesidad y proporcionalmente ahorran más que los grupos de edades jóvenes o centrales (ya han terminado de pagar sus viviendas, no adquieren vehículos nuevos). Desde el comienzo de la crisis económica los mayores realizan transferencias de liquidez a la generación intermedia, tanto para el consumo cotidiano como para garantizar pagos de mayor cuantía (hipotecas de vivienda o empresa). En este sentido, la crisis les ha otorgado un papel más activo y más protagonismo económico del que antes tenían.

Según la Encuesta de Condiciones de Vida (INE, 2010), el 88% de los menores de treinta años gastan dinero semanalmente en sí mismos, pero sólo lo hacen el 60% de los mayores de sesenta y cinco años. El gasto de dinero en sí mismo es menos frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y no sólo porque no puedan permitírselo sino por otras razones sociales. El índice de riesgo de pobreza para los mayores de 65 años después de recibir las transferencias sociales es el 27'6%; el 25'0% para los varones y el 29'5% para las mujeres.

Otras dimensiones económicas relevantes de la población de edad avanzada son las rentas del patrimonio (alquileres, intereses, réditos, ayudas familiares, rentas asistenciales, y rentas invisibles como descuentos, gratuidades de uso, etc.).

Las encuestas de Presupuestos Familiares reflejan bien el consumo por pago directo a través de los hogares (vivienda, alimentación, salud, cuidado, vestido, transporte, comunicación), pero no así el consumo diferenciado por edad dentro de los hogares. Menos aún visibilizan el consumo de bienes y servicios colectivos, especialmente los distribuidos a través de las Administraciones Públicas, en los que los mayores tienen una participación importante.

El gasto medio por hogar en España en 2010 es de 29.782 euros anuales. El de los hogares de mayores de sesenta y cinco años es 26.114 y 19.106 euros, según que el sustentador principal sea varón o mujer. El gasto medio por unidad de consumo es 16.933 euros para el total nacional, 15.972 para los hogares de varones mayores y 15.284 para los hogares de mujeres mayores.

Los hogares sustentados por varones mayores gastan menos cantidad de dinero que la media de los hogares en bebidas, vestido, mobiliario, transporte, comunicaciones, ocio y cultura, hoteles y enseñanza; sólo gastan más que la media en alimentos consumidos dentro del hogar (porque apenas gastan en alimentos en el exterior del hogar) y en salud. Los hogares sustentados por mujeres mayores gastan menos por hogar que la media nacional y que los varones mayores de sesenta y cinco años en todos los tipos de gasto, incluso alimentos y salud. En cambio, el gasto por persona en los hogares sustentados por mujeres mayores de sesenta y cinco años es superior a los sustentados por varones del mismo grupo de edad en todos los tipos de consumo, excepto bebidas y tabaco, transporte, ocio y hostelería.

Conviene destacar, tratándose de personas mayores, que propiedad o consumo no implican la gestión propia de los mismos, y que buena parte de la propiedad o el consumo de los mayores es gestionada por terceros, tanto en el ámbito familiar o privado como en el público.

Cantidades gastadas y proporción respecto al presupuesto son cuestiones diferentes. Hay bienes y servicios a los que los mayores destinan una proporción diferente de su presupuesto que el resto de la población. Los mayores apenas gastan en enseñanza y reducen mucho la proporción de su gasto destinada a transporte y comunicación, actividades estas asociadas con el empleo y la vida activa. Asimismo reducen considerablemente la proporción de gasto destinado a hostelería, ocio, cultura y bebidas. La diferencia más significativa por género se produce en el gasto destinado a vivienda y equipamiento del hogar, ya que es un gasto relativamente inelástico; consume el 41,57% del gasto de los hogares sustentados por varones mayores, y el 50,23% del gasto de los hogares sustentados por mujeres mayores. También es mayor la proporción del gasto de las mujeres mayores dedicado a salud (4,45% frente al 4,14 de los varones) y a los cuidados personales (2,99% del gasto de los hogares sustentados por mujeres, 1,92% del de los varones). Los varones mayores gastan el doble que las mujeres, tanto en cifras absolutas como relativas, en comidas y bebidas fuera del hogar.

Tabla 4.1. Estructura del gasto total por grupos de gasto, según sexo y edad del sustentador principal. Unidades: Porcentaje

Total	Total	Varones de 65 ó más años	Mujeres de 65 ó más años
	100,0	100,0	100,0
1. Alimentos y bebidas no alcohólicas	14,4	17,3	16,5
2. Bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	2,1	1,7	1,4
3. Artículos de vestir y calzado	5,6	4,3	4,2
4. Vivienda, agua, electricidad, gas y otros combustibles	30,0	36,0	43,6
5. Mobiliario, equipamiento del hogar y gastos corrientes de conservación de la vivienda	4,9	5,5	6,7
6. Salud	3,2	4,1	4,5
7. Transporte	12,4	8,3	4,4
8. Comunicaciones	3,1	2,5	2,8
9. Ocio, espectáculos y cultura	6,6	5,4	4,2
10. Enseñanza	1,0	0,2	0,2
11. Hoteles cafés y restaurantes	9,1	6,9	4,0
12. Otros bienes y servicios	7,6	4,7	7,7

Fuente: Encuesta de Presupuestos Familiares, INE, 2010.

Fiscalmente, los mayores contribuyen al mantenimiento del Estado por dos vías principales; la imposición directa sobre las rentas (IRPF, principalmente) y la imposición indirecta, como el IVA y otros impuestos o tasas. Ya hemos señalado el impacto de la subida de tipos sobre la recuperación del capital ahorrado en los fondos de pensiones. El IBI y otros impuestos relacionados con la propiedad inmobiliaria, también repercuten de modo importante sobre los mayores por ser mayoritariamente dueños de sus viviendas.

d. El capital-tiempo y su distribución entre los mayores

El tiempo es un recurso escaso susceptible de empleos alternativos. El capital-tiempo es el disponible por una persona o grupo social en un período determinado, sea el ciclo vital completo, anual, semanal o diario. El capital-tiempo de un grupo resulta de la agregación del capital-tiempo individual de cada uno de sus miembros.

A diferencia de otros grupos de edad, la utilización del capital-tiempo de los mayores no oscila fuertemente en los ciclos semanales o anuales. En su caso el análisis más relevante es el del ciclo diario, y sobre todo, del ciclo vital. En condiciones de buena salud, el capital-tiempo puede consumirse en sí mismo, y/o transferirse a otros grupos sociales. En esto consiste el gran potencial económico real de las personas mayores. En condiciones de mala salud, el capital-tiempo propio no basta para cubrir las necesidades mínimas y se requiere la contribución del capital-tiempo ajeno. Debido a la diferente esperanza de vida y a que contraen matrimonio más jóvenes, la carencia de cónyuge en los años finales de la vida es mucho más frecuente entre las mujeres que entre los varones. A ello se suman los efectos de una cultura diferencial del cuidado y un acceso diferente y/o subordinado al sistema de pensiones. A los 65 años, el 74% de los mayores tienen una pareja estable, pero a los 85 esta proporción se reduce al 58%.

La proporción de viudos se duplica en el mismo período, pasando del 17% al 34% (Encuesta de condiciones de Vida de Mayores (CIS, 2006)). A efectos de planificación del cuidado privado o por los servicios públicos, así como de la percepción y gasto de lo ingresado por pensiones, este es un dato relevante que marca la disponibilidad de potenciales mantenedores / cuidadores / consumidores. Como señalábamos en el epígrafe inicial, las personas mayores juegan un papel más importante en la economía no monetarizada que en la monetarizada, porque son grandes detentadores de capital-tiempo propio y también, sobre todo en las etapas más avanzadas de la vejez, grandes consumidores de capital-tiempo ajeno.

En los estudios de previsión de la demanda de cuidado, por ejemplo la escala de Madrid II (Durán, M.A. (2012), Díaz Fernández y Llorente Marrón (2012), Domínguez Serrano (2012), García Díez (2012), Rogero (2012), el tiempo de cuidado per cápita requerido por la población mayor de 85 años se estima en 3 veces mayor que el de la población de 15 a 65 años.

A la mayoría de los mayores no les sobra tiempo, sea porque tienen bastantes obligaciones o porque lo ocupan con distintas actividades. Sin embargo, la sensación de exceso de tiempo disponible y “días demasiados largos” se multiplica por cinco entre el comienzo y el final de la vejez.

Tabla 4.2. El sentido del tiempo entre las personas mayores, según edad. (“Cuando piensa en un día normal siente que...”):

		De 65 a 69 años %	De 70 a 74 años %	De 75 a 79 años %	De 80 a 84 años %	85 y más años %	TOTAL	(N)
A	Tiene bastantes obligaciones y le falta tiempo	23.5	17.1	13.0	8.2	4.6	15.3	-509
B	No tiene demasiadas obligaciones, pero tiene el tiempo ocupado	64.2	63.0	59.9	56.1	44.8	60.1	-2001
C	No tiene nada que hacer y se le hace el día muy largo	8.5	14.2	20.0	28.9	42.2	18.6	-617
	Ninguna de las anteriores	3.3	5.2	6.1	5.1	7.1	5.1	-170
D	N.C.	0.5	0.5	1.1	1.7	1.4	0.9	-29
	TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-3327

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores del CIS, 2006.

A la vista de estas cifras, hay que preguntarse si son posibles otros modos de distribución del tiempo que satisfagan mejor los deseos y las necesidades de la población de edad avanzada y de toda la sociedad.

Entre los 65 años y los 75 años, el índice de salud y de autonomía funcional es bueno; ¿tiene sentido que más del 10% de las personas de ese grupo de edad sientan que no tienen nada que hacer, o que ocupen su tiempo en actividades que no priorizarían si dispusiesen de un rango más amplio de opciones?

Tampoco es positivo que casi una cuarta parte de las personas de 65 a 69 años sienta que les falta tiempo porque tienen muchas obligaciones. La utilización diaria del capital-tiempo viene reflejada en la tabla adjunta. Desafortunadamente, este tipo de encuestas se centra en las actividades principales, por lo que actividades simultáneas o secundarias, como el cuidado y la contribución de los mayores a la atención de niños enfermos y dependientes, resultan muy inferiores a las registradas por otras encuestas monográficas que se han llevado a cabo desde el CSIC.

Tabla 4.3. El uso diario del tiempo por los mayores. Porcentaje de personas de 65 o más años que realizan la actividad en el transcurso del día y DMD dedicada a la actividad

	Ambos sexos			Varones			Mujeres		
	Personas	DMD	DMD	Personas	DMD	DMD	Personas	DMD	D M D
Cuidados Personales	100	12	32	100	12	46	100	12	22
Trabajo remunerado	1,2	7	48	1,8	8	3	-0,7	-7	-18
Estudios	1,5	1	46	-1,4	-1	-56	1,5	1	40
Hogar y familia	86,6	4	1	78,6	2	53	92,5	4	45
Trabajo voluntario y reuniones	21,1	1	41	16,3	1	52	24,7	1	35
Vida social y diversión	61,8	1	56	61,8	2	0	61,8	1	53
Deportes y actividades al aire libre	52,4	2	0	61,6	2	18	45,5	1	42
Aficiones e informática	18,2	2	8	26,2	2	14	12,2	2	0
Medios de comunicación	95,6	4	23	95,9	4	38	95,3	4	12
Trayectos y empleo del tiempo no especificado	66,7	1	1	73,9	1	6	61,3	0	57

Fuente: Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010
DMD es la dedicación media diaria de los que sí realizan la actividad.

Si se compara la población de 45 a 65 años con los mayores de sesenta y cinco, el cambio principal es el de las dos horas y cincuenta y nueve minutos diarios que dejan de dedicar al trabajo remunerado. Igualmente llamativo resulta que la cantidad de tiempo destinada al trabajo no remunerado que se realiza dentro de los hogares apenas sufra variación, sólo se reduce en un minuto diario para el conjunto de los mayores respecto al que le dedican las edades centrales. El tiempo liberado del empleo se destina a pasar más tiempo en la cama (aumenta desde 8 horas

31 minutos hasta 9 horas 52 minutos), lo que no necesariamente significa una mejora en la calidad de vida. También aumenta en 1 hora y 6 minutos el tiempo dedicado a comunicación, principalmente la contemplación pasiva de TV y el tiempo dedicado a "vida social y diversión" (27 minutos diarios). Otras actividades que requieren ejercicio físico (deportes, caminar) aumentan en 20 minutos diarios, y frecuentemente conllevan vida social. Los juegos y actividades lúdicas que requieren mayor implicación sólo aumentan 4 minutos diarios.

Dada la importancia numérica de las personas mayores y su reciente peso demográfico, el capital-tiempo que detentan es un recurso potencial extraordinario. El conjunto de los mayores (esto es, incluyendo a los muy mayores) dedica al trabajo no remunerado una cantidad formidable de tiempo, que no se registra en la Contabilidad nacional ni en ninguno de los indicadores macroeconómicos. Como conjunto, el tiempo medio que dedican al cuidado de otros adultos miembros del hogar es un 20% más alto que el de la población de 45 a 64 años; dedican el mismo tiempo al servicio de las organizaciones de voluntariado, prestan casi la misma ayuda informal a otros hogares que el grupo de edad anterior (12 minutos diarios frente a 14) y casi duplican el tiempo dedicado a actividades participativas (9 minutos

diarios de media, frente a los 5 que le dedica la población de 45 a 65 años). Algunas de las aportaciones de los mayores al bienestar colectivo son tan valiosas y difíciles de estimar como la conservación del territorio que realizan los ancianos residentes en zonas rurales y aisladas, o la conservación del patrimonio arquitectónico que realizan en esos mismos lugares las mujeres de avanzada edad. Si no fuera por su contribución, los servicios públicos serían más insuficientes de lo que son ahora, o habría que aumentar los tipos del sistema impositivo.

Este es su potencial económico y social, aunque haga falta un nuevo marco de análisis socioeconómico para calibrar su importancia en la economía y en la sociedad española.

5

ACTIVIDADES DE OCIO Y PARTICIPACIÓN COMO BASE DE UNA VEJEZ ACTIVA



5

ACTIVIDADES DE OCIO Y PARTICIPACIÓN COMO BASE DE UNA VEJEZ ACTIVA

Autores: Vicente Rodríguez, Gloria Fernández Mayoralas y Fermina Rojo

En relación con las reflexiones conceptuales de las diversas formas de afrontar la vejez, el objetivo de este capítulo se centra en el análisis de la vejez activa desde una asunción positiva a partir del estudio de la realización de actividades de ocio y participación social y comunitaria, que están en la base de una mejor forma de envejecer y una mayor calidad de vida del individuo.

La importancia de este aspecto radica en el interés de conocer las condiciones y circunstancias de las personas, el papel del entorno residencial, y las redes familiares y sociales que sirven para ordenar el tiempo dedicado a la participación activa del individuo en su proceso de envejecimiento. Una valoración de la satisfacción que se obtiene de todos estos componentes ayudará, a su vez, a evaluar la calidad de vida individual en relación con la consecución de un modelo de vida activa en la vejez. Se trata de una forma hacer operativo el concepto “vejez activa” mediante la construcción de una estructura multidimensional de variables explicativas, en su aproximación transversal pero que debe servir para una comprensión longitudinal del envejecimiento a través del desarrollo futuro del Proyecto ELES (Estudio Longitudinal Envejecer en España).

Como fuente de datos se ha utilizado la encuesta del Estudio Piloto del proyecto ELES, para una muestra representativa de la población con 50 y más años que reside en vivienda familiar en España (Teófilo Rodríguez et al., 2011).

En este estudio, además de recogerse información directa sobre aspectos objetivos del envejecimiento (muestras biológicas, antropometría y realización de pruebas de ejecución), se diseñó un amplio cuestionario destinado a cubrir las múltiples dimensiones de la vida de la población adulta-mayor (socio-demográficas y calidad de vida, redes familiar y social; salud y funcionamiento; recursos económicos y entorno residencial; ocio y participación; cuidado y utilización de servicios sanitarios y sociales). El objetivo de esta forma de proceder es obtener un punto de partida basal para observar y medir las diversas transiciones vitales (jubilación, viudedad, deterioro de la salud y el funcionamiento, debilitamiento de lazos familiares, pérdida del poder adquisitivo, inadaptación del entorno residencial, etc.). La información se obtuvo en varias fases (entrevista telefónica, visita de enfermera, cuestionario presencial asistido por ordenador o CAPI -Computer Assisted Telephone Interview- y cuestionario autoadministrado). El muestreo es polietápico por conglomerados en cuatro etapas (municipio, sección censal, hogares y miembros del hogar), con estratificación de las unidades de primera etapa (sección censal) según tamaño del hábitat de residencia, sexo y edad. La muestra de entrevistas telefónicas es de 1.747 individuos (muestra ponderada de 1.357, con un error de $\pm 2,7\%$ para un nivel de confianza del 95%). Las variables objeto de estudio en este capítulo (actividades de ocio y participación social y comunitaria) fueron recogidas en el cuestionario presencial CAPI, y el número de casos ponderados fue de 1.086 (error $\pm 3,0\%$ para un nivel de confianza del 95%).

Los promotores del Proyecto ELES son el Centro de Ciencias Humanas y Sociales, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), y el Instituto Gerontológico MATIA (INGEMA), a través de su Unidad Asociada “El proceso de envejecimiento en España” (<http://www.proyectoeles.es>).

a. Una propuesta de análisis de la vejez activa

Un aspecto relativamente poco estudiado del envejecimiento activo, tiene que ver con la transición entre una etapa de vida dominada por las actividades de dedicación obligatoria en el contexto laboral y doméstico, a otra etapa vital, la jubilación, momento a partir del cual las personas comienzan a disponer de más tiempo para dedicar a otras tareas libres o voluntarias, y la consecuente inmersión en la práctica de actividades de tiempo libre (Halvorsrud et al., 2007). Esta transición hacia una fase “más ociosa”, sin embargo, no siempre es fácil y requiere de cambios en el estilo de vida y de una estrategia activa de adaptación a la vejez (Nimrod, 2007).

Pero, para valorar la influencia de este aspecto en la promoción de una vejez activa y la mejora de la calidad de vida de la población (Lardiés, 2011), es necesario, en primer lugar, definir la naturaleza y los contenidos de lo que se entiende por ocio, qué actividades se van a considerar y cómo se van a clasificar, y, en segundo lugar, cómo va a efectuarse su medición.

En la literatura científica, el ocio es definido como el tiempo que resta después de las actividades obligatorias, sean éstas laborales, educativas, domésticas o de cuidado personal, de manera que, en ausencia de un marco teórico consensuado, las actividades a considerar dependen del contexto cultural, demográfico y socioeconómico (Avramov et al., 2003). No obstante, una clasificación extendida es aquella que tiene que ver con la simple división entre actividades “activas”, esto es, que requieren de algún esfuerzo físico o intelectual, y actividades “pasivas”, que no lo requieren. Parece evidente, entonces, que para una medida de la vejez activa las actividades a considerar sean aquellas que exijan dicho esfuerzo. Otras clasificaciones hacen referencia a que las actividades se realicen en uno u otro lugar, por ejemplo, fuera o dentro del hogar (Neal

et al., 1999); a que la práctica se realice de forma individual o colectiva (Duque et al., 2008); o a la tipología: socialización, creativas o artísticas, intelectuales o deportivas (Scott y Willits, 198), culturales, voluntariado y participación, etc. (Overs et al., 1977).

Siguiendo estos argumentos, en este estudio se ha considerado un conjunto de actividades de ocio y participación social y comunitaria, a saber, actividades culturales, formativas, sociales, viajes y turismo, hobbies o aficiones relacionadas con el entorno doméstico, aficiones relacionadas con el barrio o localidad de residencia, y participación activa en asociaciones (Tabla 5.1). Para la medida de la actividad se ha tenido en cuenta la frecuencia de realización en los últimos 12 meses, en número de días al mes.

Las variables independientes han sido seleccionadas de acuerdo con las dimensiones temáticas que, según la conceptualización de vejez activa seguida en este estudio, se asume podrían influir en la realización de actividades de ocio y participación social y comunitaria. Así, se ha analizado la siguiente información:

- i) características socio-demográficas: sexo, edad, estado civil, tamaño del hábitat de residencia, percepción económica del hogar, relación con la actividad, nivel de educación, clase social, tamaño del hogar.
- ii) salud y funcionamiento físico y cognitivo: autopercepción del estado de salud (Castejón Villarejo et al., 2007), número de enfermedades o problemas de salud, capacidad funcional (Fernández-Mayoralas, 2011), número de medicamentos diferentes consumidos, deterioro cognitivo (MMSE) (Folstein et al., 2002).
- iii) funcionamiento emocional: depresión (CES-D 10) (Robison et al., 2002), bienestar personal (SPANE) (Diener et al., 2009), percepción de control (Levenson, 1981); satisfacción con la forma en que emplea su tiempo libre (The International Wellbeing Group, 2006).
- iv) familia y contexto social: apoyo social percibido (DUFSS) (Broadhead et al., 1988; Ayala et al., 2012), frecuencia de contacto con la familia (hijos/as, yernos/nueras, nietos/as, otros familiares, amigos/as, vecinos/as) (Ahmed-Mohamed et al., 2011), soledad percibida (De Jong Gierveld et al., 2006; Prieto-Flores et al., 2011b), recepción de apoyo o cuidado.

Tabla 5.1. Relación de variables sobre actividades de ocio y participación social y comunitaria investigadas en el cuestionario

Tipología de actividades	Frecuencia de realización en los últimos 12 meses y código asignado			
	Nº de días al mes	Menos de 1 día al mes	Menos de 1 día al año	No sabe No contesta
1. Actividades culturales (ej.: ir al cine, al teatro, exposiciones)	1 a 31	0,5	0,0	99
2. Actividades formativas (ej.: estudiar, hacer cursos, aprender cosas nuevas)	1 a 31	0,5	0,0	99
3. Actividades sociales (ej.: ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, ir de fiesta)	1 a 31	0,5	0,0	99
4. Hacer turismo o excursiones, viajar	1 a 31	0,5	0,0	99
5. Actividades o hobbies o aficiones relacionadas con el entorno doméstico (ej.: jardinería o cultivar el huerto, bricolaje, manualidades, costura, punto, ganchillo, etc.)	1 a 31	0,5	0,0	99
6. Actividades o hobbies o aficiones relacionadas con el entorno de residencia o barrio (ej.: caminar, ir al parque, ir al centro deportivo, ir a la plaza, quedar con los vecinos, etc.)	1 a 31	0,5	0,0	99
7. Participar activamente en asociaciones de cualquier fin (ej.: voluntariado social, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo)	1 a 31	0,5	0,0	99

v) entorno residencial: forma de acceso para ir desde su hogar habitual hasta el centro de actividades culturales o deportivas y hasta el parque o zonas verdes, percepción de problemas en el entorno de residencia por contaminación o suciedad, y por inseguridad o delincuencia en la zona, percepción de obstáculos o barreras para moverse en transporte público, para el acceso al edificio, y para desplazarse en el entorno del barrio de residencia, y, finalmente, equipamiento en el edificio, la casa y el hogar (Rojo-Pérez et al., 2001; Rojo-Pérez et al, 2007; Rojo-Pérez, 2011).

b. Breve descripción metodológica

El análisis de los datos utilizados ha sido realizado en varias fases, a saber:

1ª) para conocer las relaciones subyacentes entre las variables dependientes relativas a la frecuencia de realización de actividades de ocio y participación social y comunitaria, así como para reducir su dimensionalidad, se ha aplicado la técnica estadística de Análisis Factorial (AF).

2ª) los perfiles de población adulta mayor según la frecuencia de realización de actividades se han elaborado mediante la aplicación de la técnica de Análisis Clúster (AC); los grupos homogéneos de población así obtenidos han sido validados mediante Análisis Discriminante.

3ª) el análisis de las relaciones entre el envejecimiento activo y las características socio-demográficas, de salud y funcionamiento físico, cognitivo y emocional, apoyo y redes familiar y social, y entorno residencial se ha analizado a partir de la relación bivariada entre la variable dependiente y las variables independientes.

4ª) un análisis multivariado, basado en regresión categórica con escalamiento óptimo, ha permitido obtener los factores explicativos del modelo de vejez activa, y de entre ellos discriminar cuáles son los factores promotores y cuáles los limitadores de la vida activa en la vejez.

Los resultados se muestran bien en formato de tabla, bien en figuras, para optimizar la visualización y comprensión de los mismos.

c. A qué dedican los adultos mayores en España su tiempo libre activo

i. ¿Cuáles son las actividades practicadas por los mayores y cuál la frecuencia de su práctica?

Esta distribución en la realización de actividades, ¿esconde diferencias en su práctica según se trate de hombres o mujeres, o personas más jóvenes o menos? Veamos los siguientes resultados. En general, se observa que los hombres declaran una mayor frecuencia media de realización de actividades, si bien sólo se observa diferenciación estadística en cuanto a las actividades sociales, la realizadas en el barrio de residencia y la participación en asociaciones; sin diferenciación estadística, las mujeres alcanzan una práctica más elevada en aquellas actividades relacionadas con el entorno doméstico (véanse figuras 5.1 a 5.7).

En relación con la edad, en general son las personas de entre 65 y 74 años quienes informan de una práctica más frecuente, hecha excepción de las actividades del entorno doméstico, que mantienen una tendencia creciente con la edad, y de los viajes y excursiones, que observan una frecuencia inversa con la edad. No se han obtenido diferencias significativas en las actividades formativas, sociales y asociacionismo, lo que

indica que su práctica es independiente de la edad, si bien la tendencia general se mantiene, es decir, son las personas de edad media (entre 65 y 74 años) las más involucradas (véanse figuras 4.8 a 4.14).

Gráficos 5.1 a 5.7. Participación en actividades según sexo

Gráfico 5.1. Actividades culturales
(ej. ir al cine, al teatro, exposiciones)

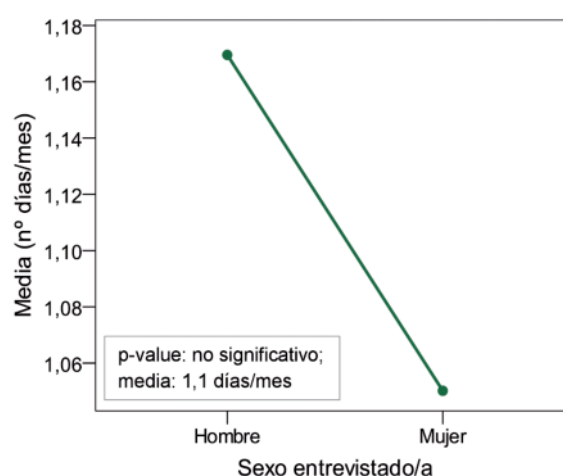


Tabla 5.2. Frecuencia de realización de actividades en los 12 meses (nº de días al mes; rango: 1-31)

Actividades	Estadísticos		
	nº de casos válido	Media	Desviación estándar
1. Actividades culturales (ej. ir al cine, al teatro, exposiciones)	1.080	1,1	2,3
2. Actividades formativas (ej. estudiar, hacer cursos, aprender cosas nuevas)	1.082	2,7	6,4
3. Actividades sociales (ej.: ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, ir de fiesta)	1.084	4,5	7,0
4. Hacer turismo o excursiones, viajar	1.081	1,2	2,6
5. Actividades o hobbies o aficiones relacionadas con el entorno doméstico (ej. jardinería o cultivar el huerto, bricolaje, manualidades, costura, punto, ganchillo, etc.)	1.083	13,3	13,0
6. Actividades o hobbies o aficiones relacionadas con el entorno de residencia o barrio (ej.: caminar, ir al parque, ir al centro deportivo, ir a la plaza, quedar con los vecinos, etc.)	1.084	17,4	12,6
7. Participar activamente en asociaciones de cualquier fin (ej.: voluntariado social, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo)	1.079	2,0	5,9

Gráfico 5.2. Actividades formativas (ej. estudiar, hacer cursos, aprender cosas nuevas)

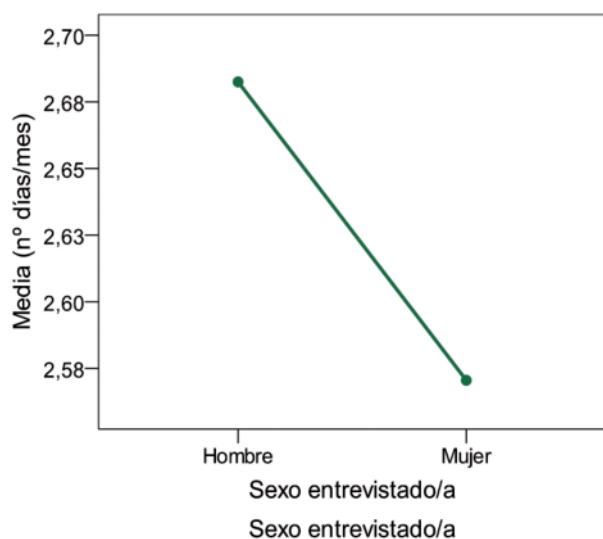


Gráfico 5.3. Actividades sociales (ej. ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con los amigos, ir de fiesta)

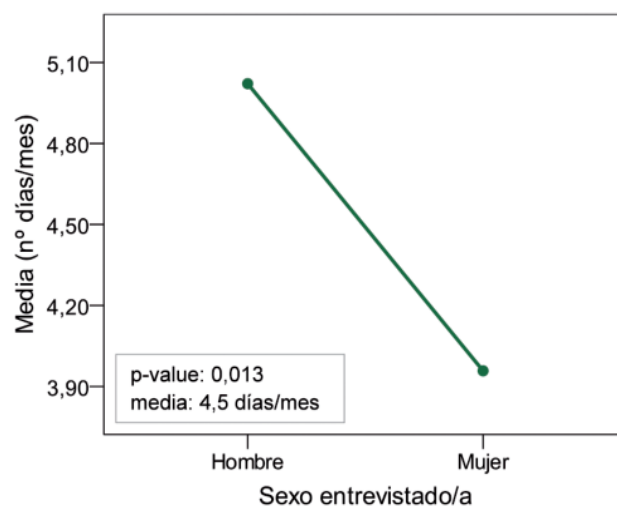


Gráfico 5.4. Hacer turismo o excursiones, viajar

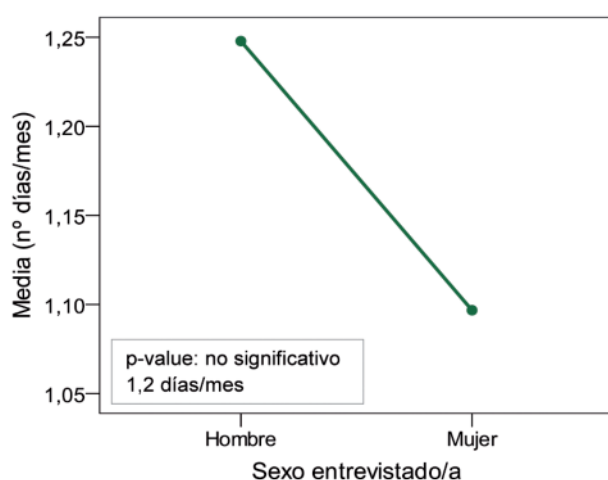


Gráfico 5.5. Actividades o hobbies o aficiones relacionadas con el entorno doméstico

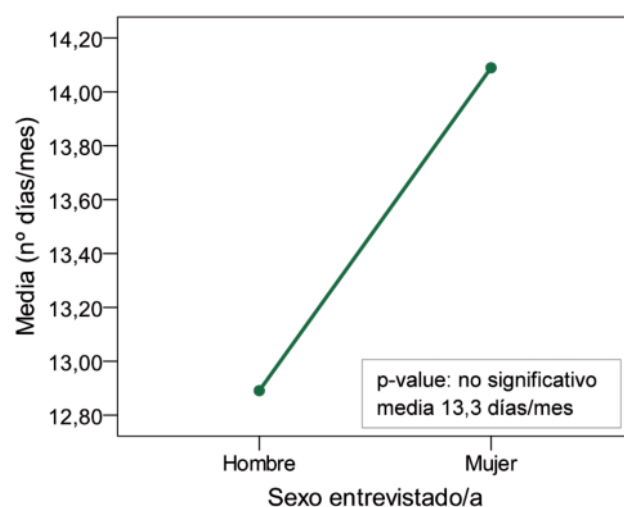


Gráfico 5.6. Actividades o hobbies o aficiones relacionadas con el entorno de residencia a barrio

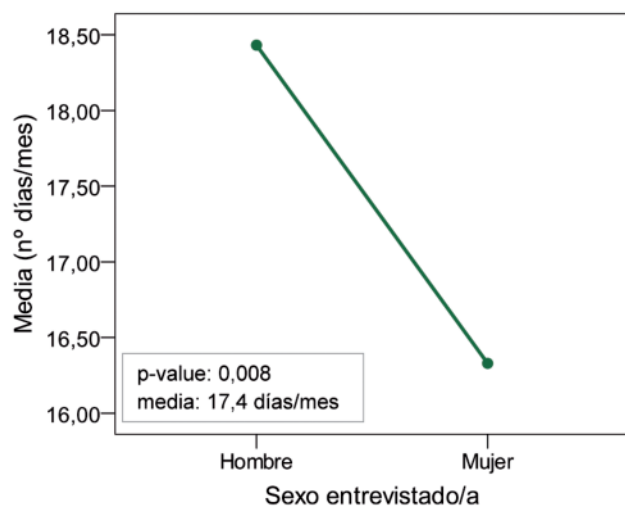
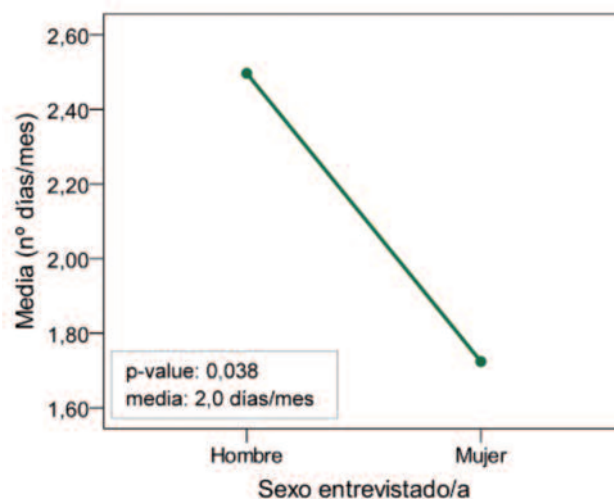


Gráfico 5.7. Participar activamente en asociaciones de cualquier fin



Gráficos 5.8 a 5.14. Participación en actividades según edad

Gráfico 5.8. Actividades culturales (ej. ir al cine, al teatro, exposiciones)

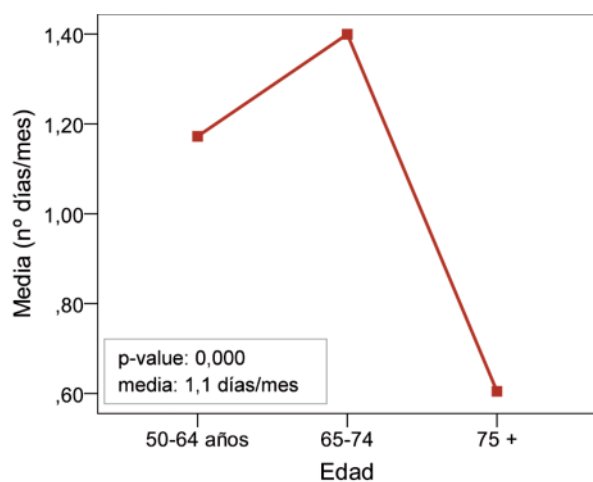


Gráfico 5.9. Actividades formativas (ej. estudiar, hacer cursos, aprender cosas nuevas)

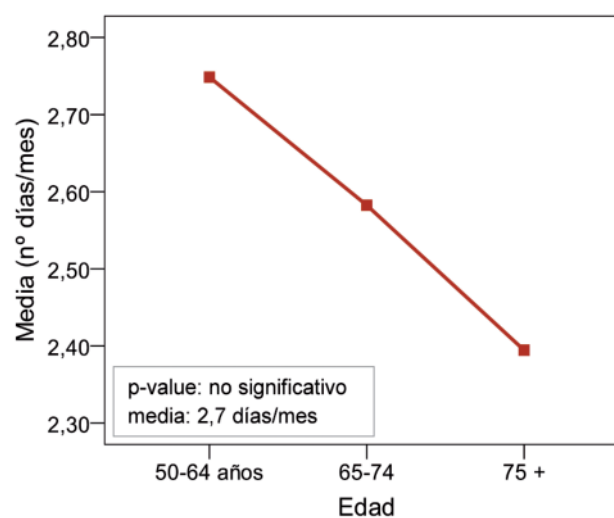


Gráfico 5.10. Actividades sociales (ej. ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con los amigos, ir de fiesta)

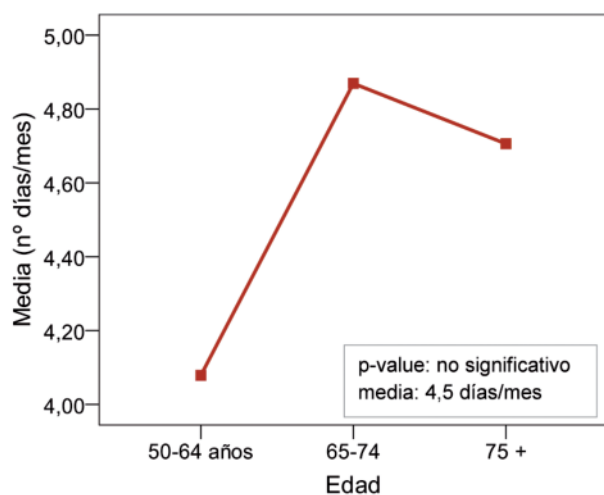


Gráfico 5.11. Hacer turismo o excursiones, viajar

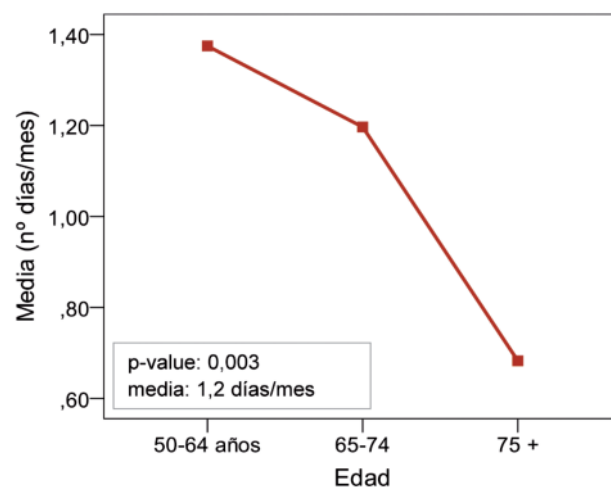


Gráfico 5.12. Actividades o hobbies o aficiones relacionadas con el entorno doméstico

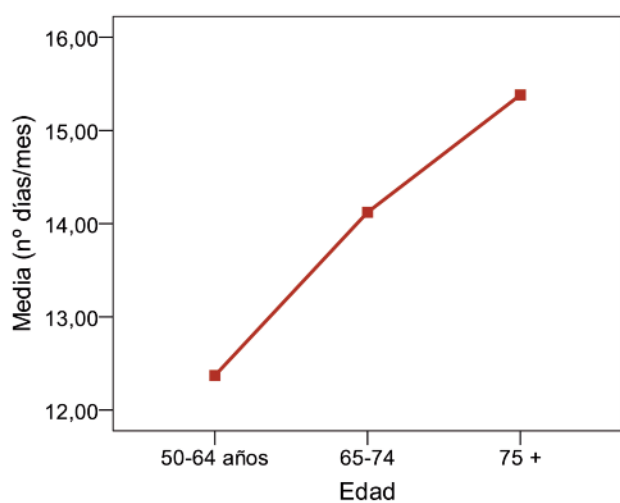


Gráfico 5.13. Actividades o hobbies o aficiones relacionadas con el entorno de residencia o barrio

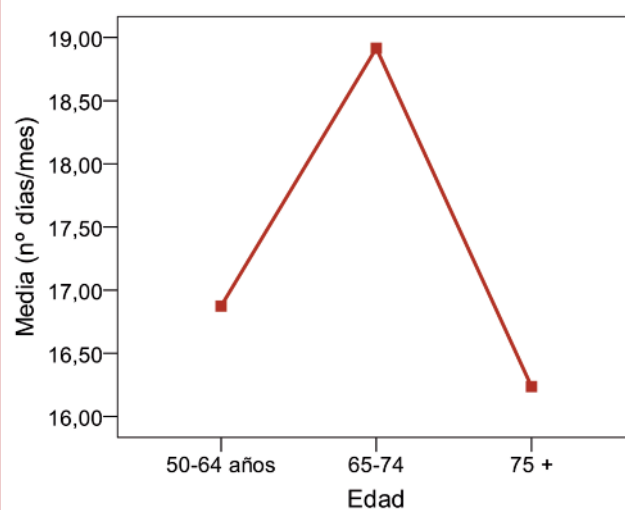
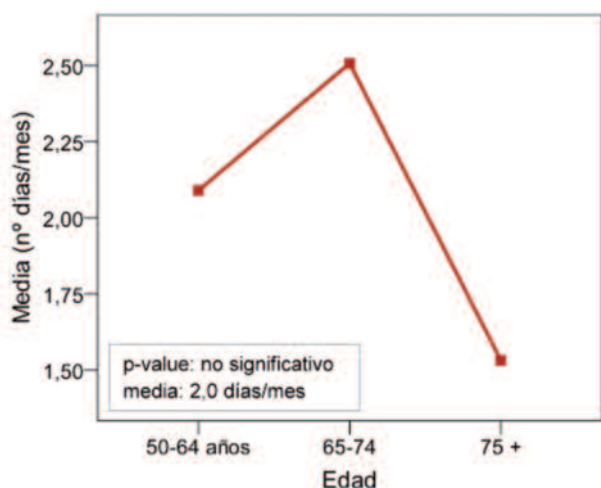


Gráfico 5.14. Participar activamente en asociaciones de cualquier fin (ej.: voluntariado social, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo)



En el segundo factor correlacionan las actividades sociales y hobbies o aficiones realizados en el entorno doméstico y residencial, siendo denominado como “actividades en el entorno residencial (doméstico y del barrio) y social. En el último factor se agrupan las actividades de participación en asociaciones de cualquier fin, y ha sido etiquetado como de “actividades de participación en asociaciones” (Tabla 4.3).

Partiendo de la síntesis de información conseguida mediante el AF, la población adulta mayor ha sido ahora clasificada, mediante la técnica estadística de Análisis Clúster, en cuatro grupos homogéneos de acuerdo con su comportamiento de realización de actividades de ocio y participación social y comunitaria (Figura 4.15). En el primer clúster, con casi el 14% de los casos, se agrupan personas que mayoritariamente declaran participar, por encima de la media de la población (valores positivos de la escala), en actividades de tipo formativo, cultural y de viajes y turismo; por el contrario, están por debajo de la media (valores negativos) en la realización del resto de las actividades. El segundo clúster reúne los sujetos (31%) que participan en actividades realizadas en el entorno geográfico o social más inmediato, esto es, su hogar, su barrio o área de residencia; los valores por debajo de la media o negativos en actividades formativas y viajes y en las de tipo asociativo señalan que estos sujetos practican, en menor medida, actividades de estas características. El tercer grupo, con el 5,1% de los casos, está definido por la realización de todo tipo de actividades, pero especialmente por aquellas relativas a la participación activa en asociaciones de cualquier fin, como las de voluntariado, asociaciones vecinales o comunitarias, deportivas y similares. El cuarto grupo es el más numeroso (50% de los casos) y se caracteriza por la baja realización de actividades de ocio y participación social de cualquier tipo.

La validación de la clasificación de sujetos se ha realizado con la técnica de Análisis Discriminante, resultando correctamente clasificados un 97,0% de los casos agrupados originales. Una síntesis del posicionamiento de la clasificación resultante de las actividades y sujetos sobre el plano tridimensional puede verse en la figura 5.16.

ii. Hacia una clasificación de las actividades de ocio y participación y de los sujetos que las practican

Con el doble propósito de conocer cómo se interrelacionan las variables sobre frecuencia de realización de actividades de ocio y participación social y comunitaria, por un lado, e identificar un conjunto más reducido de variables latentes o factores, por otro se ha aplicado la técnica estadística de Análisis Factorial (AF), como se ha mencionado más arriba. Así, se han obtenido tres factores o componentes principales que, conjuntamente, explican casi el 52% de la varianza acumulada total tras la rotación. El primer factor contiene las actividades culturales, formativas, de viajes y turismo, de forma que el factor ha sido etiquetado como “actividades culturales, formativas, viajes-turismo”.

Tabla 5.3. Clasificación de las variables actividades de ocio y participación social y comunitaria (resultados del Análisis Factorial: matriz de componentes rotados)

Variables sobre frecuencia de realización de actividades en los últimos 12 meses	Factores y sus pesos factoriales		
	Factor 1: Actividades culturales, formativas, viajes-turismo (20,1%)	Factor 2: Actividades en el entorno residencial (barrio, doméstico) y social (16,6%)	Factor 3: Actividades de participación en asociaciones de cualquier tipo (15,1%)
1. Actividades culturales (ej.: ir al cine, al teatro, exposiciones)	0,676		
2. Actividades formativas (ej.: estudiar, hacer cursos, aprender cosas nuevas)	0,666		
4. Hacer turismo o excursiones, viajar	0,552		
6. Actividades o hobbies o aficiones relacionadas con el entorno de residencia o barrio (ej.: caminar, ir al parque, ir al centro deportivo, ir a la plaza, quedar con los vecinos, etc.)		0,769	
5. Actividades o hobbies o aficiones relacionadas con el entorno doméstico (ej.: jardinería o cultivar el huerto, bricolaje, manualidades, costura, punto, ganchillo, etc.)	-0,314	0,534	0,343
3. Actividades sociales (ej.: ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, ir de fiesta)		0,505	
7. Participar activamente en asociaciones de cualquier fin (ej.: voluntariado social, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo)			0,831

(a) Se muestran las puntuaciones factoriales ≥ 0.300 en valor absoluto.

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.

Método de Rotación: Varimax con Normalización Kaiser (la rotación ha convergido en 5 iteracciones).

Entre paréntesis, % de varianza explicada por cada componente; varianza total explicada: 51.8%.

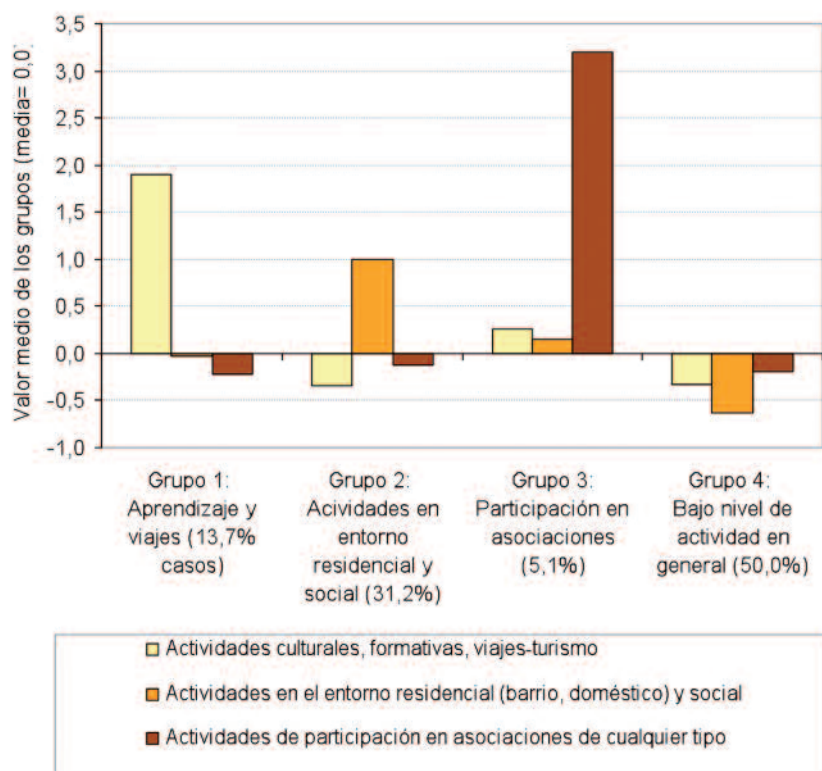
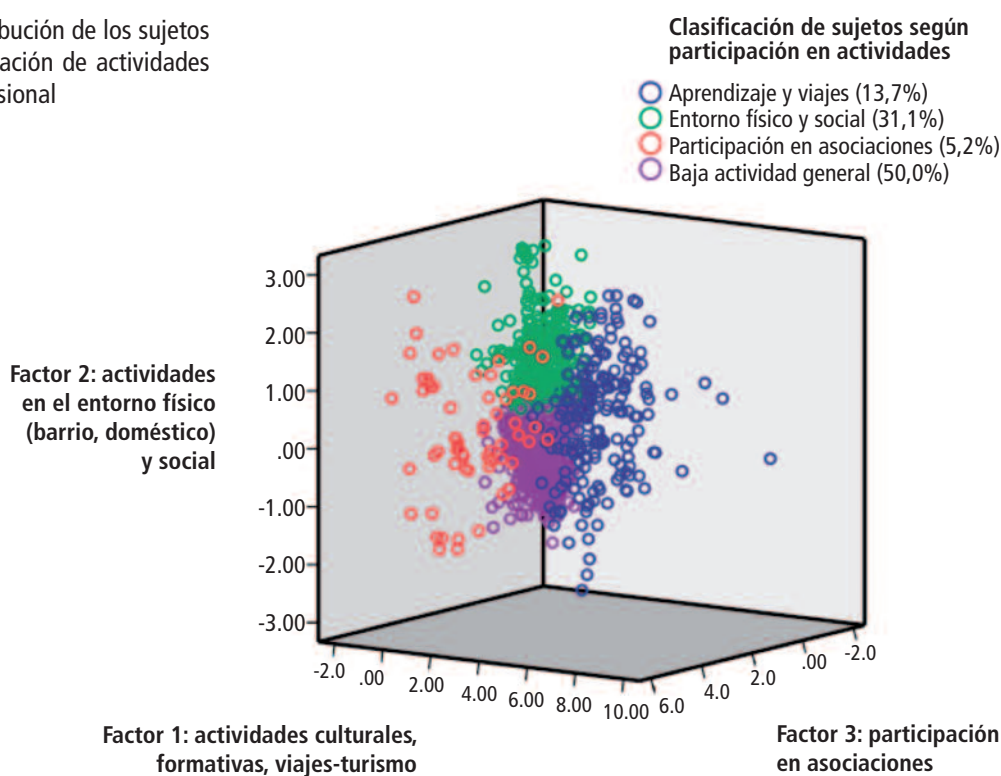


Gráfico 5.15. Clasificación de sujetos en grupos homogéneos en función de la realización de actividades en los últimos 12 meses

Gráfico 5.16. Distribución de los sujetos según tipo de realización de actividades en el plano tridimensional



iii. Rasgos sociodemográficos, salud y entorno físico y social en el ordenamiento del tiempo libre en la vejez

1. Características socio-demográficas y vejez

Las figuras 5.17 y 5.18 muestran las características por edad y sexo de los adultos mayores en cada grupo de actividad o forma de utilizar el tiempo libre. Considerando que la muestra estudiada es representativa de la población de adultos mayores no institucionalizados que viven en España y, por tanto, de su estructura por edad y sexo, esto es, con la mitad de sus individuos comprendidos entre los 50 y 64 años, una edad media apenas superior a los 65 años y un 55% de mujeres, lo primero a subrayar es que los dos grupos de mayor tamaño, el de población con baja actividad general en su tiempo libre y el de población que dedica su tiempo de ocio a actividades relacionadas con el entorno residencial y social, son los que presentan una edad media más elevada (65,6 años y 66,3 años, respectivamente).

No obstante, si comparamos la distribución por grupo de edad, se puede comprobar que la baja actividad se corresponde con personas en los grupos etarios extremos, esto es, de un lado, quienes tienen menos de 65 años, que acaso están aún trabajando y, por ello, no disponen de suficiente tiempo libre para realizar todas las actividades de ocio que les gustaría, y, de otro, personas con 75 y más años que, efectivamente, son más mayores y pueden sufrir restricciones de otro tipo (socioeconómicas, salud, etc.), como se verá más adelante. Por su parte, las actividades relacionadas con el entorno involucran principalmente a población con 65 y más años, y quizás ya liberadas de las obligaciones laborales.

Por el contrario, las actividades de formación y viajes o la participación activa en asociaciones implican a personas, en promedio, más jóvenes (63 y 64 años, respectivamente), aunque, como se ha visto, ambos grupos de actividad son bastante reducidos (14% y 5%, de la población).

Grafico 5.17. Porcentaje de población en cada grupo de actividad, según su edad, y edad media en cada grupo

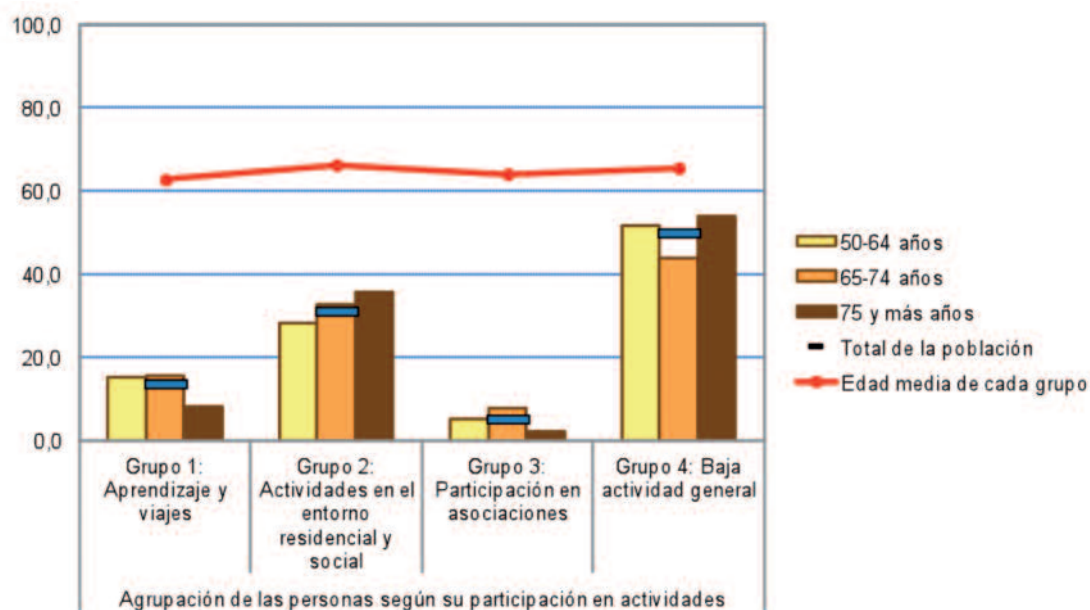
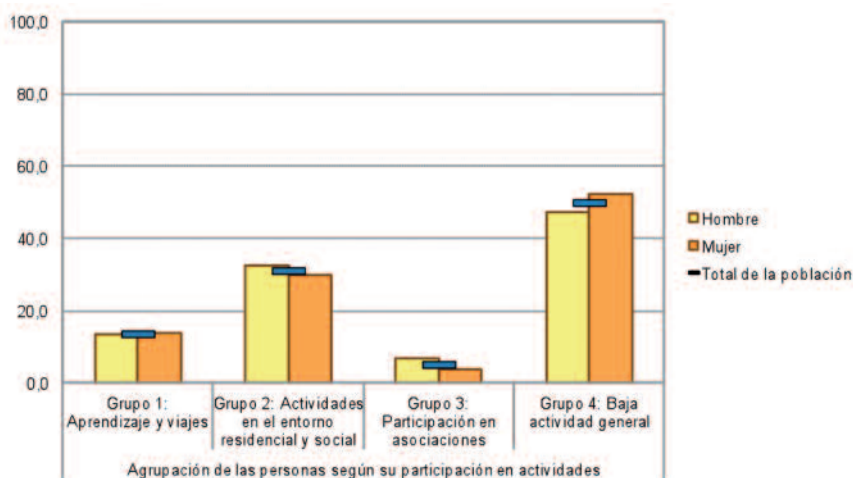


Gráfico 5.18. Porcentaje de población en cada grupo de actividad, según género (NS)

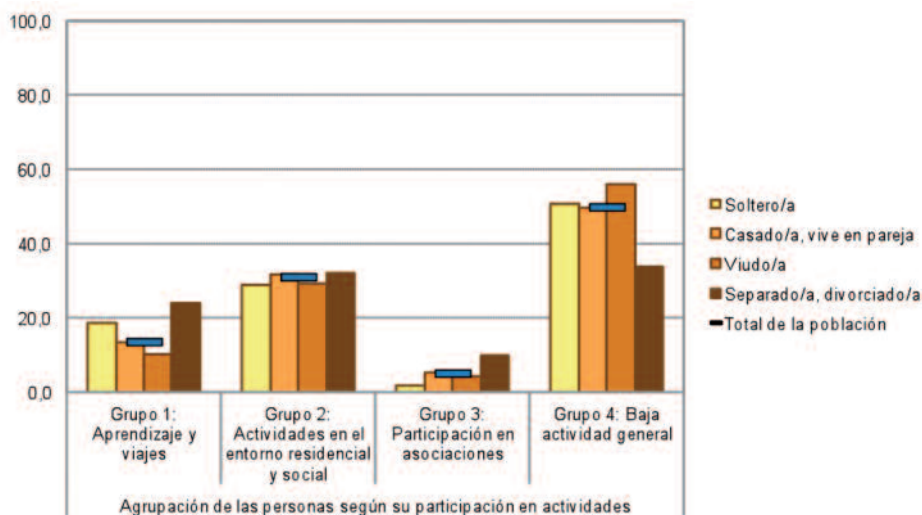


Por lo que se refiere al género (figura 5.18), las mujeres destacan en el grupo de personas con una baja actividad general, mientras que los hombres son mayoría en los grupos de dedicación del tiempo libre a actividades de participación en asociaciones o a actividades relacionadas con el entorno residencial y social, sin que se observen diferencias por sexo en el grupo de aprendizaje y viajes.

Otro aspecto a considerar es el estado civil. Más de 7 de cada 10 adultos mayores están casados/as o viviendo en pareja, un 17% son viudos/as, alrededor del 5% son solteros/as y la misma proporción sepa-

rados/as o divorciados/as. De manera que el tamaño del hogar promedio es apenas superior a 2 personas, y un 15% viven solos. Las personas casadas predominan en el grupo de población que emplea su tiempo libre en actividades relacionadas con el entorno residencial y social, mientras que viudos y viudas, que suelen tener mayor edad, presentan una baja actividad general. Solteros/as y separados/as, quizás en buena medida porque tienden a vivir solos o tienen menor edad, tienen más propensión a realizar actividades de formación y aprendizaje, así como a viajar, y también a participar activamente en asociaciones (figura 5.19).

Grafico 5.19. Porcentaje de población en cada grupo de actividad, según su estado civil (NS)



El estatus socioeconómico es un aspecto fuertemente ligado con la forma de empleo del tiempo libre y la vejez activa asociada a las actividades de ocio (figuras 5.20 a 5.22). Entre los adultos mayores, el 44% tiene una clase social relacionada con empleos de carácter manual, cualificados o no, en línea con que casi un tercio tienen menos de estudios primarios, si bien son mayoría quienes completaron estudios superiores a secundarios (56%). Dada la importancia del grupo con menos de 65 años, un 28% continúa trabajando y hasta un 11% son inactivos (desempleados, estudiantes, incapacitados), aunque la mayoría de la población estudiada está ya jubilada y casi 2 de cada 10 se dedican a tareas domésticas o de cuidado familiar.

En este contexto, las variables socioeconómicas muestran una influencia similar en el perfil de los adultos mayores según su participación en actividades. Así, las personas que aún están trabajando, y disponen por ello de menos tiempo, predominan en el grupo de baja actividad general, pero, también entre los perfiles “más activos”, de realización de actividades de aprendizaje, viajes o asociacionismo. Hacen menos actividades pero las que realizan requieren de mayor

implicación (esfuerzo físico, mental, económico, etc.) y voluntariedad. Quienes se han jubilado, por el contrario, emplean fundamentalmente su tiempo libre a las actividades relacionadas con el entorno residencial y social próximo. Y las personas que se dedican a labores domésticas o de cuidado, así como los inactivos son mayoría en el grupo de baja actividad general (figura 5.20).

Esta caracterización se matiza según el estatus social (figura 5.21), de manera que las clases ligadas a empleos cualificados dedican su tiempo libre fundamentalmente a actividades de formación, viajes y participación en asociaciones, mientras las clases ligadas a empleos menos cualificados presentan una baja actividad general o realizan actividades relacionadas con el entorno residencial o social. Y, en el mismo sentido, personas con estudios superiores a secundarios suelen tener un perfil “más activo” realizando actividades de aprendizaje, viajes o asociacionismo, mientras que no haber completados estudios primarios se relaciona con una baja actividad general y un perfil de actividades centradas en el entorno (figura 5.22).

Gráfico 5.20. Porcentaje de población en cada grupo de actividad, según su relación con la actividad económica

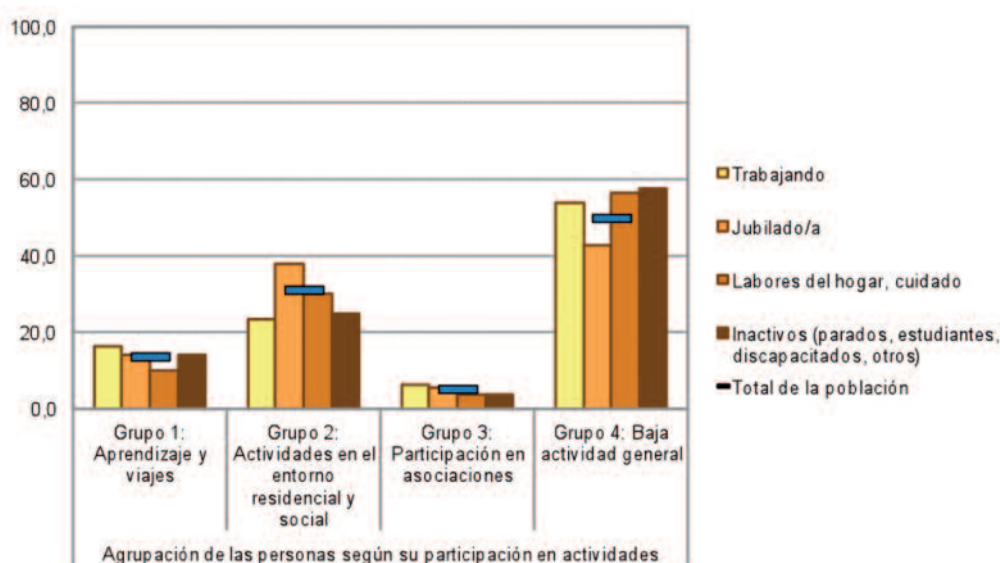


Gráfico 5.21. Porcentaje de población en cada grupo de actividad, según su clase social y posición económica percibida del hogar

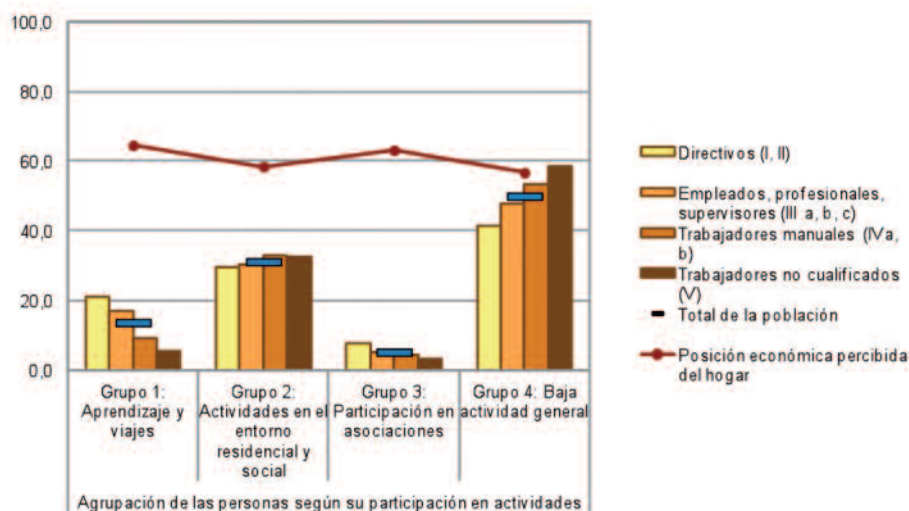


Gráfico 5.22. Porcentaje de población en cada grupo de actividad, según su nivel de estudios y posición económica percibida del hogar

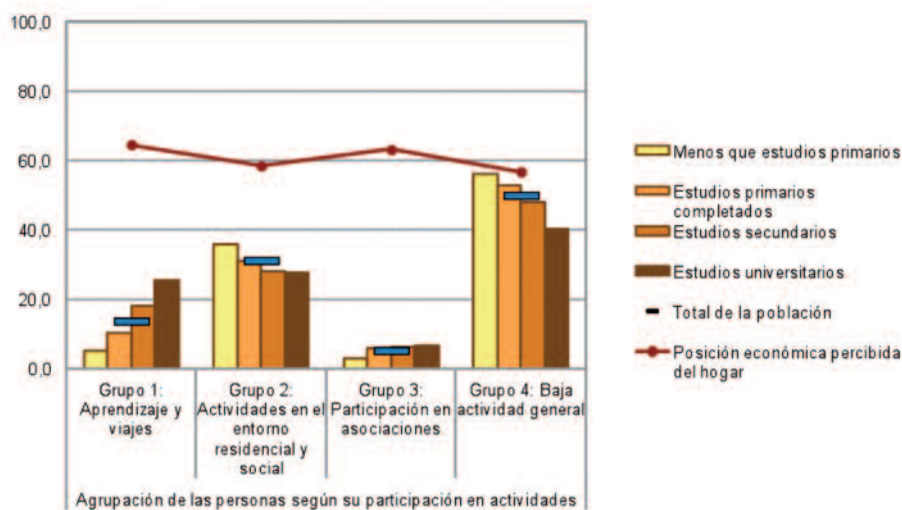
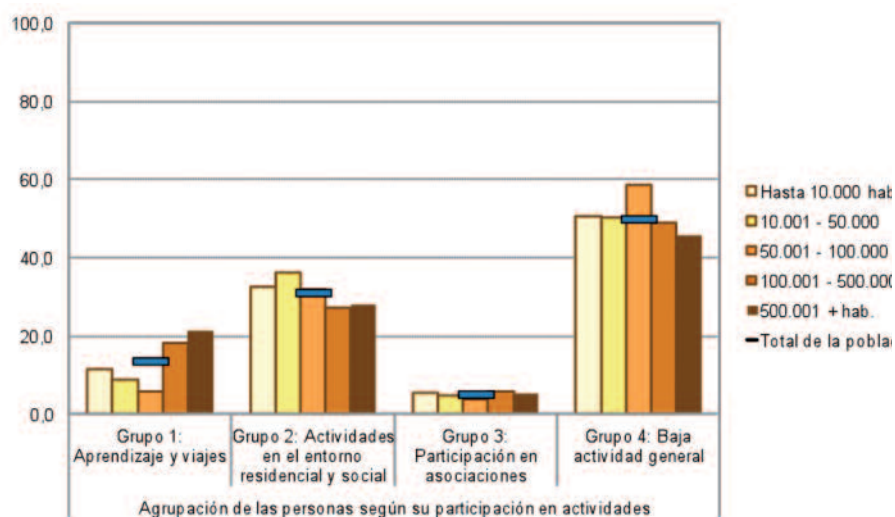


Gráfico 5.23. Porcentaje de población en cada grupo de actividad, según el tamaño del municipio de residencia

Junto con las variables socioeconómicas objetivas, una variable subjetiva, como es la percepción que el individuo tiene de la posición económica del hogar en el que reside (figuras 5.21 y 5.22), conduce a las mismas conclusiones: las personas que perciben su hogar en mejor posición económica suelen pertenecer a perfiles de ocio “más activo”, realizando actividades formativas, viajando o participando en asociaciones, mientras que quienes perciben su hogar en una posición económica peor suelen tener una baja actividad general o dedicarse a actividades relacionadas con el entorno residencial y social próximo.

En este sentido, el tamaño del área de residencia puede ser también un aspecto influyente en el perfil de actividad en la vejez (figura 5.23). Hasta un 47% de los adultos mayores en España residen en municipios con menos de 50.000 habitantes, y una cuarta parte en municipios rurales (menos de 10.000 habs.).

Sin embargo, la mayoría vive en municipios con más de 100.000 habitantes, y es en estas grandes localidades urbanas donde se observa una mayor propensión a dedicar el tiempo libre a actividades de formación y viajes. Por el contrario, en los municipios de tamaño intermedio o pequeño, se advierte una implicación más ligada a las actividades relacionadas con el entorno residencial y social.

En resumen, las personas con un perfil “más activo”, esto es, que dedican su tiempo de ocio sobre todo a actividades de formación y viajes, así como a participar en asociaciones, suelen ser hombres y tener una menor edad media, predominando quienes aún trabajan (por tratarse de individuos con 50-64 años), quienes pertenecen a una clase social más elevada, tienen mayor nivel educativo, perciben su hogar en una mejor posición económica, y residen en núcleos urbanos con más de 100.000 habitantes. Por el contrario, las personas en los grupos mayoritarios de realización de actividades en el entorno residencial y social, así como aquellas con baja actividad general tienen más edad en promedio, residen en núcleos de menor tamaño, presentan un menor nivel educativo, una clase social inferior (relacionada con trabajos de carácter manual, cualificados o no) y perciben su hogar en una peor posición económica. No obstante, la relación con la actividad de la población en estos dos últimos perfiles “menos activos” difiere de forma clara, con un predominio de jubilados en el que agrupa aquellas personas que realizan de forma destacada actividades en el entorno residencial y social, mientras que en el grupo de baja actividad general prevalecen quienes aún están trabajando y que, por lo tanto, no disponen de suficiente tiempo libre para dedicar a actividades de ocio.

2. Salud y funcionamiento y perfil de actividad

Los adultos mayores muestran una buena salud, tanto en términos subjetivos (el 64% percibe su estado de salud como bueno o muy bueno) como objetivos, con un relativamente bajo número de enfermedades o problemas declarados (media $2,6 \pm DS\ 2,3$; rango: 0-13). Las funciones física y mental son, asimismo, buenas, con elevadas puntuaciones en su capacidad funcional para la realización de actividades de la vida diaria (AVD) (media $90,9 \pm DS\ 9,8$; rango: 32-96) y en el estatus cognitivo medido por el MMSE (media $28,1 \pm DS\ 2,4$; rango: 2-30).

Salud y funcionamiento son también elementos de enorme influencia en los perfiles de vejez activa. Así, las personas en el grupo de baja actividad general perciben su salud como regular, mala o muy mala, mientras que la población en los tres grupos restantes, particularmente aquellos que dedican su tiempo libre a actividades de aprendizaje y viajes, informa de niveles buenos de salud subjetiva (figura 5.24).

La misma tendencia se observa con aspectos objetivos de la salud, como el número de enfermedades declaradas (figura 5.25), que es menor entre los adultos

mayores que emplean su tiempo libre sobre todo en actividades de aprendizaje y viajes, aunque también en participación en asociaciones o el funcionamiento físico y mental, mostrando mayor capacidad funcional física y menor deterioro cognitivo las personas que pertenecen a estos dos grupos de ocio "más activo".

En resumen, las personas que obtienen resultados en sus indicadores que denotan una mala salud (percibida, mayor número de enfermedades o problemas, menor capacidad funcional), pertenecen al grupo caracterizado por una menor actividad general; mientras aquellas otras que, por el contrario, obtienen mejores resultados en sus indicadores objetivos y subjetivos de salud, participan en cualquier tipo de actividad, pero especialmente en actividades de aprendizaje y viajes. Particularmente, el MMSE, como indicador de nivel cognitivo, muestra diferencias significativas entre las personas sin deterioro, que predominan en la realización de actividades de aprendizaje y viajes, aunque también en la participación en asociaciones, y aquellas otras que presentan menor puntuación en la escala, esto es, con algún tipo de deterioro cognitivo, que tienen una baja actividad general.

Gráfico 5.24. Porcentaje de población en cada grupo de actividad, según su estado de salud percibido

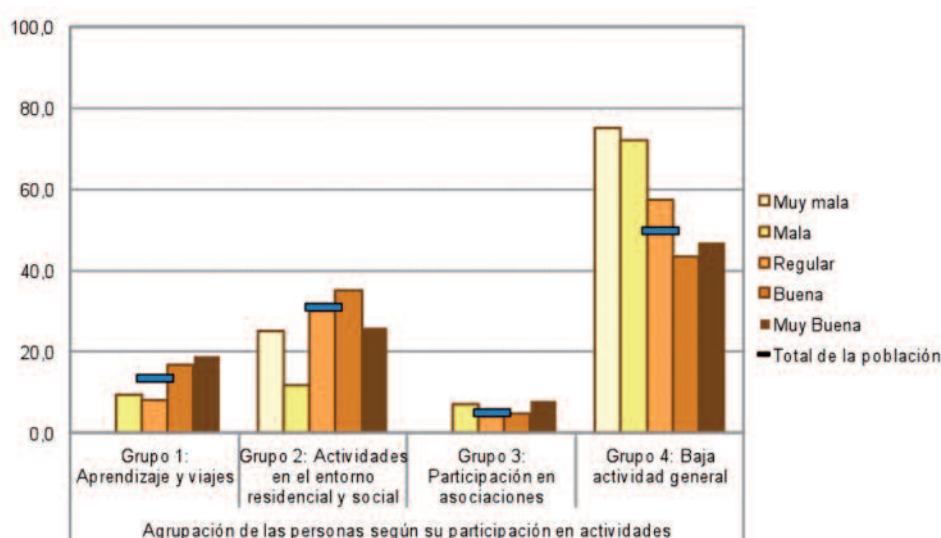
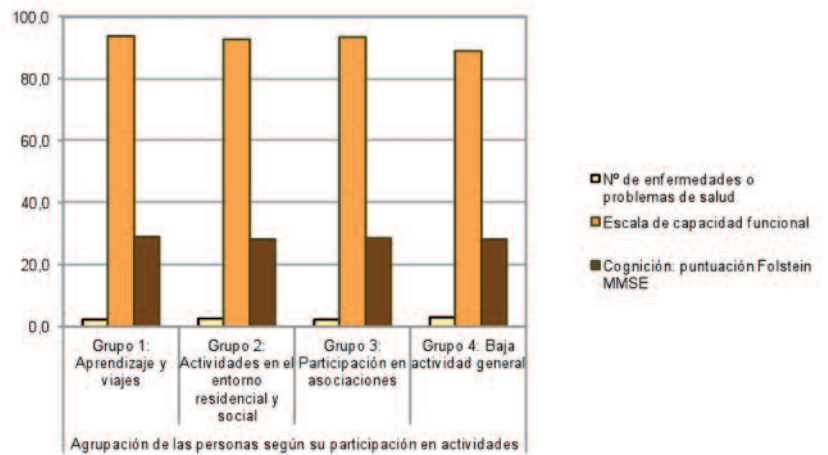


Gráfico 5.25. Número de enfermedades, capacidad funcional y cognición de la población en cada grupo de actividad



3. Funcionamiento emocional y vejez activa

El funcionamiento emocional también es, en líneas generales, muy positivo entre la población analizada, tanto en términos de bienestar subjetivo (puntuación en escala balance SPANE: media $12,7 \pm DS 6,7$; rango: -17-24), como en términos de ausencia de depresión (puntuación CES-D10: media $7,3 \pm DS 2,2$; rango: 3-15). Además, los adultos mayores refieren un elevado nivel de satisfacción con la forma en que emplean su tiempo libre (70 sobre 100) y aún más con su vida en general (77 sobre 100).

En el mismo sentido que los indicadores de salud, los resultados para los indicadores sobre funcionamiento emocional revelan dos perfiles básicos de actividad (figura 5.26): aquel cuya población presenta un peor funcionamiento emocional y que se observa entre el grupo de personas con una baja actividad general, y aquel otro con un mejor desempeño emocional, que se corresponde con los tres grupos restantes de actividad. No obstante, las mayores diferencias se encuentran a favor de las personas que participan activamente en asociaciones, que presentan el mejor rendimiento emocional, la mayor satisfacción con la forma en que emplean su tiempo libre y la mayor calidad de vida en términos de satisfacción.

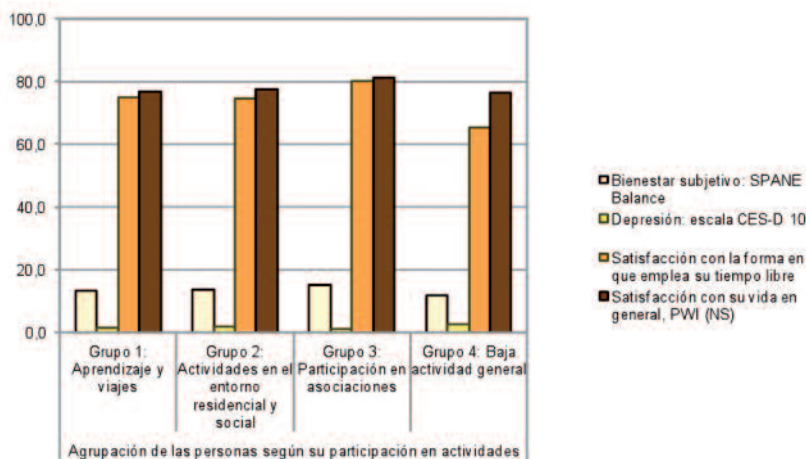


Gráfico 5.26. Funcionamiento emocional, satisfacción y calidad de vida de la población en cada grupo de actividad

4. Entorno familiar y social en la vejez

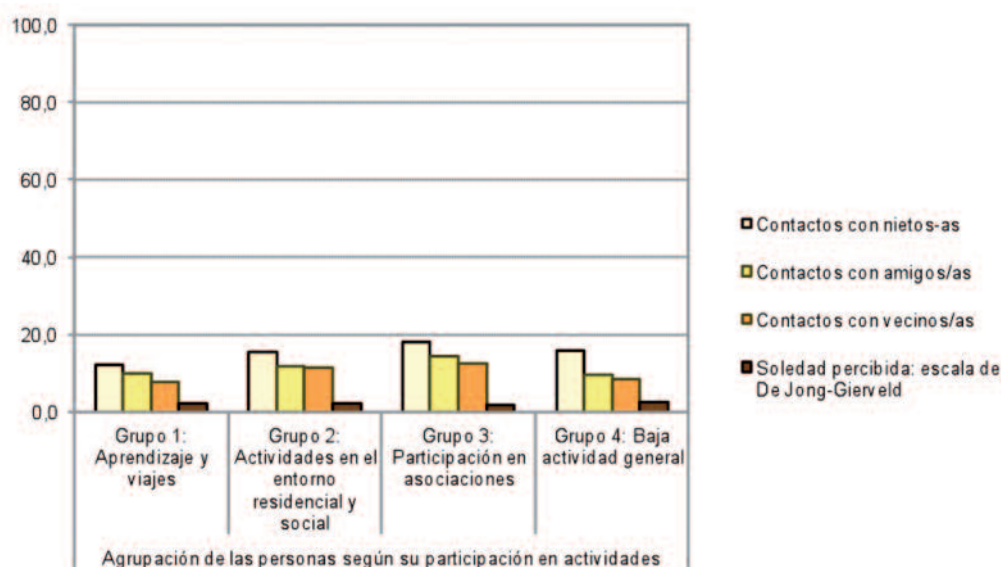
Los adultos mayores en España mantienen una relativamente alta frecuencia de relación con familiares, destacando los contactos con hijos/as y nietos/as (17 y 15 días/mes, respectivamente), y, en menor medida, con amigos/as (11 días/mes) y vecinos/as (10 días/mes). Además, la población percibe un alto grado de apoyo social (media $42,5 \pm DS\ 9,0$; rango: 11-55) y una moderada soledad (media $2,2 \pm DS\ 1,7$; rango: 0-6). Más del 16% suele prestar algún tipo de ayuda a personas de su entorno familiar y social que tienen necesidad de apoyo para la realización de AVD.

Entre los aspectos del entorno social, la frecuencia de contacto con hijos/as, yernos/nueras, suegros/as, y otros familiares, el apoyo social percibido y la prestación de apoyo a personas de su entorno con dificultades para las AVD, no parecen ser elementos diferenciadores de los perfiles de ocio y participación social y comunitaria. Estos, en cambio, mostraron dife-

rencias según los contactos con la red familiar y social definida por la frecuencia de relación con nietos/as, amigos/as y vecinos/as. Así, pueden apreciarse tres perfiles (figura 5.27): i) el de quienes realizan sobre todo actividades relacionadas con su entorno residencial y social pero, también, quienes participan en asociaciones, que presentan un mayor contacto con sus nietos/as, amigos/as y vecinos/as; ii) el de quienes, realizando fundamentalmente actividades de aprendizaje y viajes, declaran una menor relación con sus redes familiar y social; y iii) el de quienes, como caso más particular, tienen una baja actividad general y que mantienen una mayor relación con su red familiar, en concreto la conformada por sus nietos/as.

Como elemento subjetivo caracterizador del entorno familiar y social, la soledad percibida fue mayor entre las personas que conforman este grupo de baja actividad, aunque también entre quienes realizan sobre todo actividades relacionadas con su entorno residencial y social.

Gráfico 5.27. Frecuencia de contactos mensuales con la red familiar y social y soledad percibida de la población en cada grupo de actividad



5. Entorno residencial

De los elementos que han sido seleccionados para caracterizar el entorno residencial, el equipamiento más accesible es el conformado por parques o zonas verdes, a los que un 85% de la población analizada accede caminando menos de 15 minutos. Frente a ello, un 38% de los adultos mayores localiza equipamientos culturales o deportivos a esa distancia y sólo un 27% encuentra centros de mayores. Alrededor de un 10% de las personas entrevistadas percibe barreras u obstáculos en su barrio, en el acceso al edificio en el que se encuentra su vivienda o en el transporte público. Un 11% refiere además problemas relativos a contaminación o suciedad en su área residencial y más de un 17% percibe inseguridad relacionada con delincuencia. El número medio de dotaciones en el edificio de residencia (media $2,1 \pm DS\ 1,3$; rango: 0-6) y en la vivienda (media $4,9 \pm DS\ 0,9$; rango: 2-7) es moderado; sin embargo, es relativamente alto el equipamiento en el hogar (media $9,4 \pm DS\ 1,9$; rango: 3-11).

En relación con la accesibilidad a equipamientos del barrio, como los centros culturales o deportivos y los parques o zonas verdes, en líneas generales se aprecian dos perfiles de ocio contrapuestos (figuras 4.28 y 4.29): el conformado por población caracterizada por una baja actividad, que refieren peor accesibilidad o no acceder a estos equipamientos por motivos diversos, y el del resto de los grupos de actividad que presentan una mejor accesibilidad en términos de tiempo de acceso.

En este sentido, el grupo de personas con baja actividad general suele acusar sobre todo obstáculos para el acceso a su edificio, problemas en el transporte público, o inseguridad y delincuencia, mientras que barreras en el entorno inmediato y contaminación o suciedad son referidos sobre todo por el resto de los grupos de actividad, aunque la inseguridad ciudadana también es especialmente percibida por quienes realizan actividades relacionadas con el entorno residencial y social (figura 5.30).

Gráfico 5.28. Porcentaje de población en cada grupo de actividad según su acceso a centros de actividades culturales o deportivas

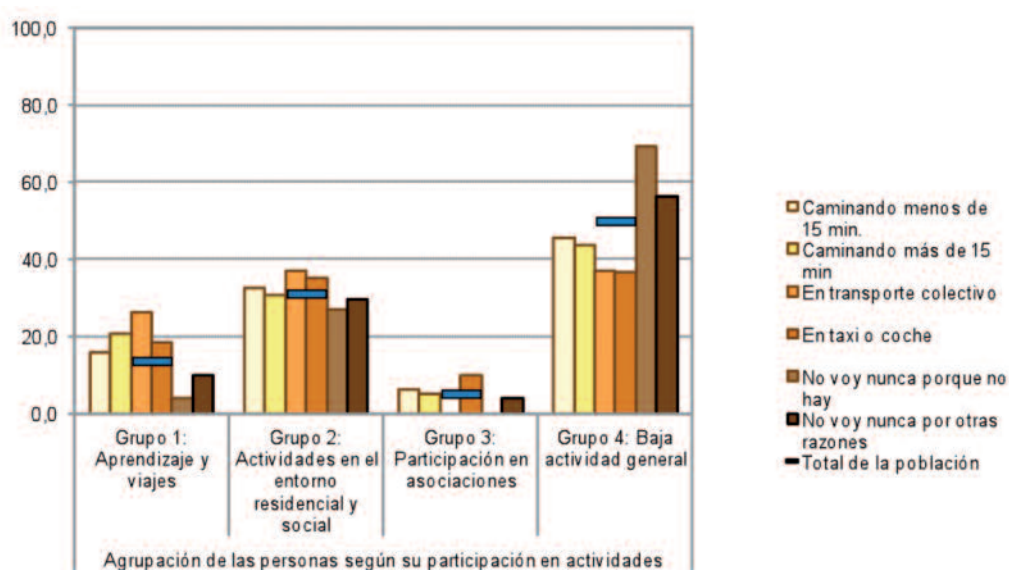


Gráfico 5.29. Porcentaje de población en cada grupo de actividad según su acceso a parques o zonas verdes

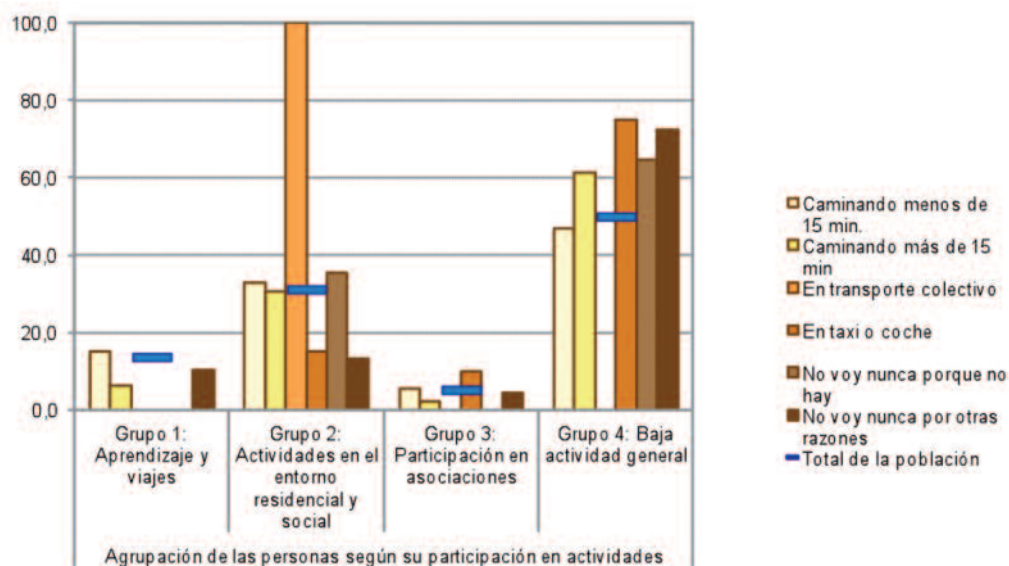
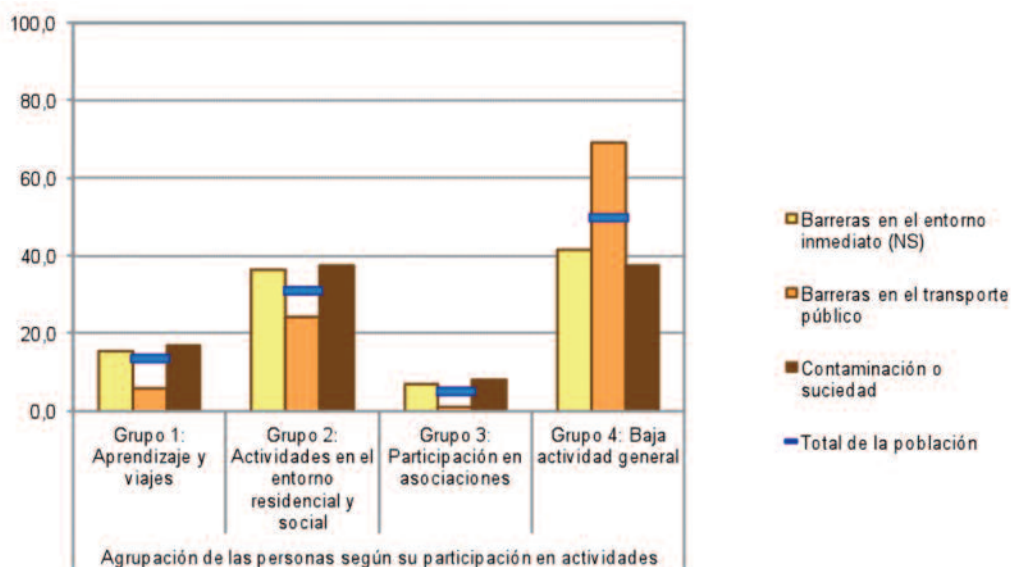


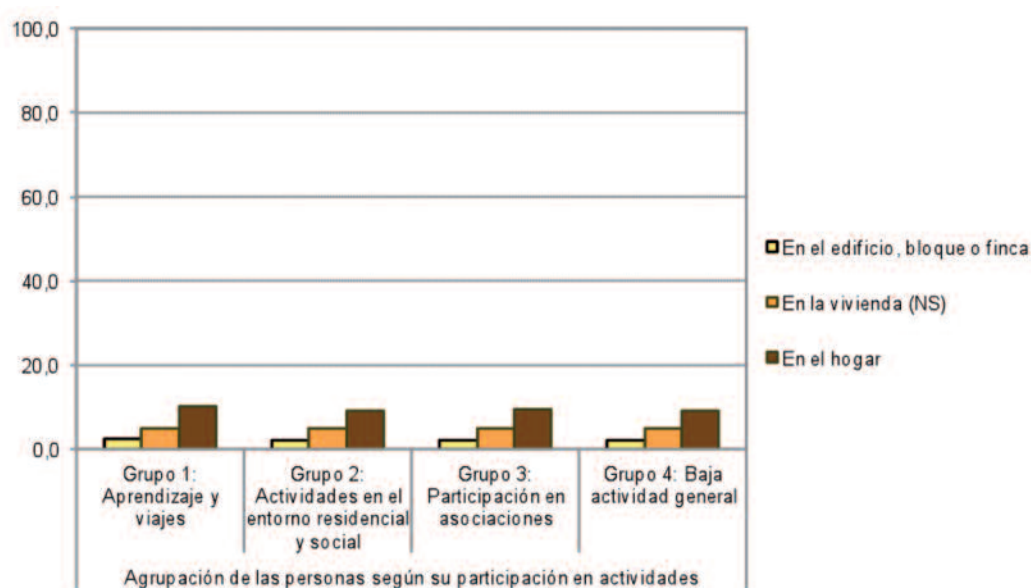
Gráfico 5.30. Porcentaje de población en cada grupo de actividad que percibe barreras o problemas



Por su parte, las personas en los grupos de ocio “más activos”, aquellos que se dedican a actividades de aprendizaje y viajes, y a participación en asociaciones,

son las que declaran disfrutar de mayor número de dotaciones en su edificio de residencia y en su propio hogar (figura 5.31).

Gráfico 5.31. Número de dotaciones en el edificio, la vivienda y el hogar, de la población en cada grupo de actividad



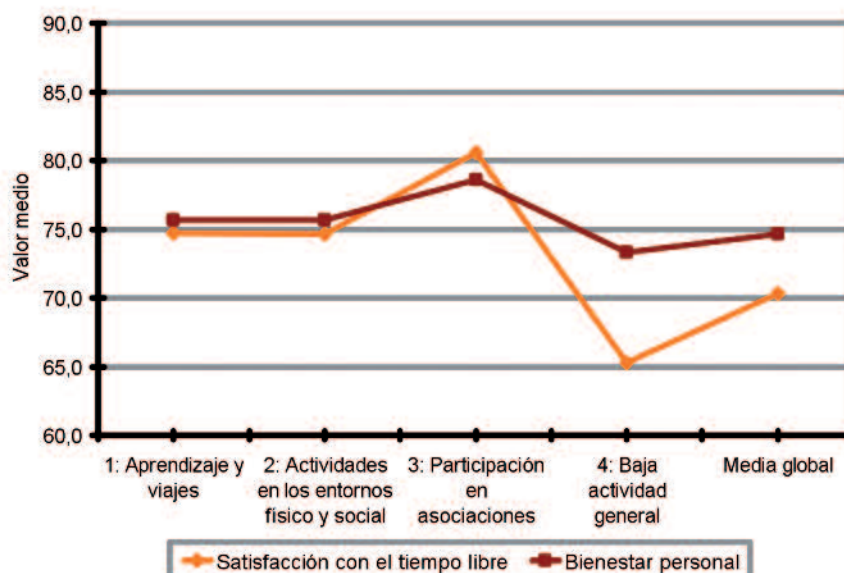
iv. Forma de vida activa y bienestar personal como indicador de calidad de vida en la vejez

La participación social, como uno de los pilares de la calidad de vida establecido por la World Health Organization (2002), ha sido el tema de análisis de este capítulo. Pero ¿cómo se asocia la forma de vida activa con los indicadores subjetivos de satisfacción con la forma de empleo del tiempo libre y con el bienestar individual como indicadores de calidad de vida? La población adulta mayor ha mostrado una satisfacción media con la forma en que emplea el tiempo libre que alcanza un valor de 70,4 sobre 100, mientras que el bienestar personal, como constructo que mide la satisfacción con varios dominios de vida excluida la satis-

facción con el tiempo libre y el ocio (The International Wellbeing Group, 2006), obtiene un valor medio superior (74,5 sobre 100).

Evidentemente, la baja participación en actividades de ocio y participación social y comunitaria conlleva también una baja satisfacción con la forma en que se emplea el tiempo libre, pero también es la situación que menor nivel de bienestar personal produce, si bien entre ambos tipos de satisfacción hay una distancia de 8 puntos (véase figura 5.32). Por su lado, la participación en asociaciones muestra una elevada satisfacción con el tiempo libre seguida por el bienestar personal. El resto de las tipologías, esto es, aprendizaje y viajes así como actividades desarrolladas en los entornos residencial y social se sitúan en un valor de 75 sobre 100.

Gráfico 5.32. Satisfacción con la forma de empleo del tiempo libre y bienestar personal según la clasificación de sujetos en grupos homogéneos.



v. Hacia un modelo de vejez activa: factores promotores o limitadores de la forma de vida activa en la vejez

De entre todas las variables del entorno personal y físico de los sujetos, analizadas en relación con el envejecimiento activo, es de relevante interés establecer cuáles son las que se erigen en facilitadoras o limitadoras de esta forma de vivir la vejez. Para ello se ha construido un modelo multivariante que permite identificar estas variables. Así, considerando la clasificación de sujetos en grupos homogéneos, basada en su participación activa, es decir, según su comportamiento en la realización de actividades de ocio y participación social y comunitaria, los determinantes de mayor peso en el modelo de vejez activa, es decir, aquellos que van a producir un mayor cambio en el comportamiento activo a la edad anciana, son el nivel de satisfacción con que emplea el tiempo libre, seguido de la relación con la actividad, el nivel de estudios más alto alcanzado, la frecuencia de contacto presencial con la red social de amigos, la capacidad funcional, el medio de locomoción para ir desde su hogar habitual hasta el centro de actividades cultu-

rales y deportivas así como al parque o zonas verdes y, finalmente, la percepción de obstáculos o problemas en el entorno de residencia por contaminación o suciedad.

Pero de entre estos factores explicativos del envejecimiento activo, ¿cómo repercute cada uno de ellos en el comportamiento activo de la población adulta mayor? Si se representan los valores sobre un eje de coordenadas (véanse 5.33, 5.34 y 5.35), se observa que los factores capacitadores o facilitadores de ese comportamiento, es decir, aquellos que promoverán un perfil más activo y que se encuentran en el eje positivo de la figuras mencionadas, son el hecho de estar jubilado/a y, en menor medida, dedicarse a las tareas del hogar, haber alcanzado estudios universitarios o secundarios, no padecer limitaciones funcionales, tener un contacto diario o casi diario con la red de amigos/as, acudir caminando o en transporte público a los centros culturales, deportivos, parques y zonas verdes del barrio o lugar de residencia. El factor explicativo de menor peso en el modelo de vejez activa es la percepción de problemas en el área de residencia debidos a contaminación ambiental, suciedad y

ruidos; y son los sujetos que declaran percibir este tipo de problemas los más activos, quizás por su mayor integración en la vida del barrio y, por tanto, su más elevado conocimiento de las carencias del mismo.

De entre los factores limitadores de la vejez activa (véanse figuras 5.33, 5.34 y 5.35), es decir, aquéllos más proclives a clasificar a la población en el grupo de baja participación en actividades (localizados en el eje negativo de las figuras), son tener un bajo nivel de satisfacción con la forma en que se emplea el tiempo

libre, estar aún en activo o, por el contrario, ser inactivo (parado, discapacitado, otra situación de inactividad), tener estudios primarios o inferiores a primarios, mantener contacto con la red social inferior a 20 días/mes y declarar limitaciones de la capacidad funcional. En relación con el entorno residencial, los factores limitantes de la vejez activa fueron la mayor distancia al parque o zonas verdes así como a los centros culturales o deportivos, y no percibir problemas en el entorno de residencia, quizás debido a la falta de integración personal en dicho entorno.

Gráfico 5.33. Factores promotores y limitadores de la vejez activa: factores sociodemográficos, red de amistad, satisfacción con la forma en que emplea el tiempo libre

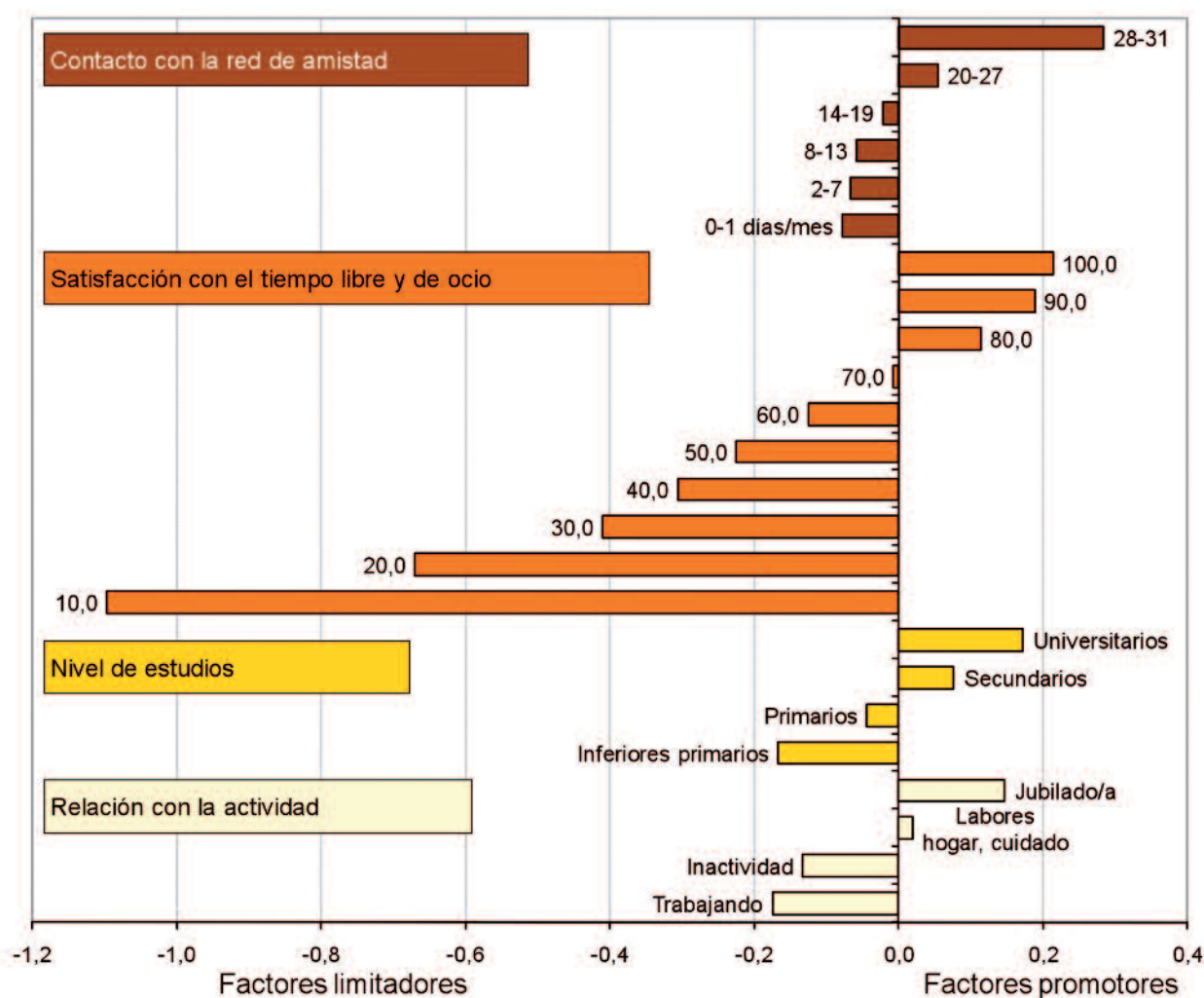


Gráfico 5.34. Factores promotores y limitadores de la vejez activa: percepción de problemas en el área de residencia por contaminación o suciedad, medio de locomoción para llegar desde su vivienda de residencia hasta los centros de servicios (culturales, deportivos, parques o zonas verdes)

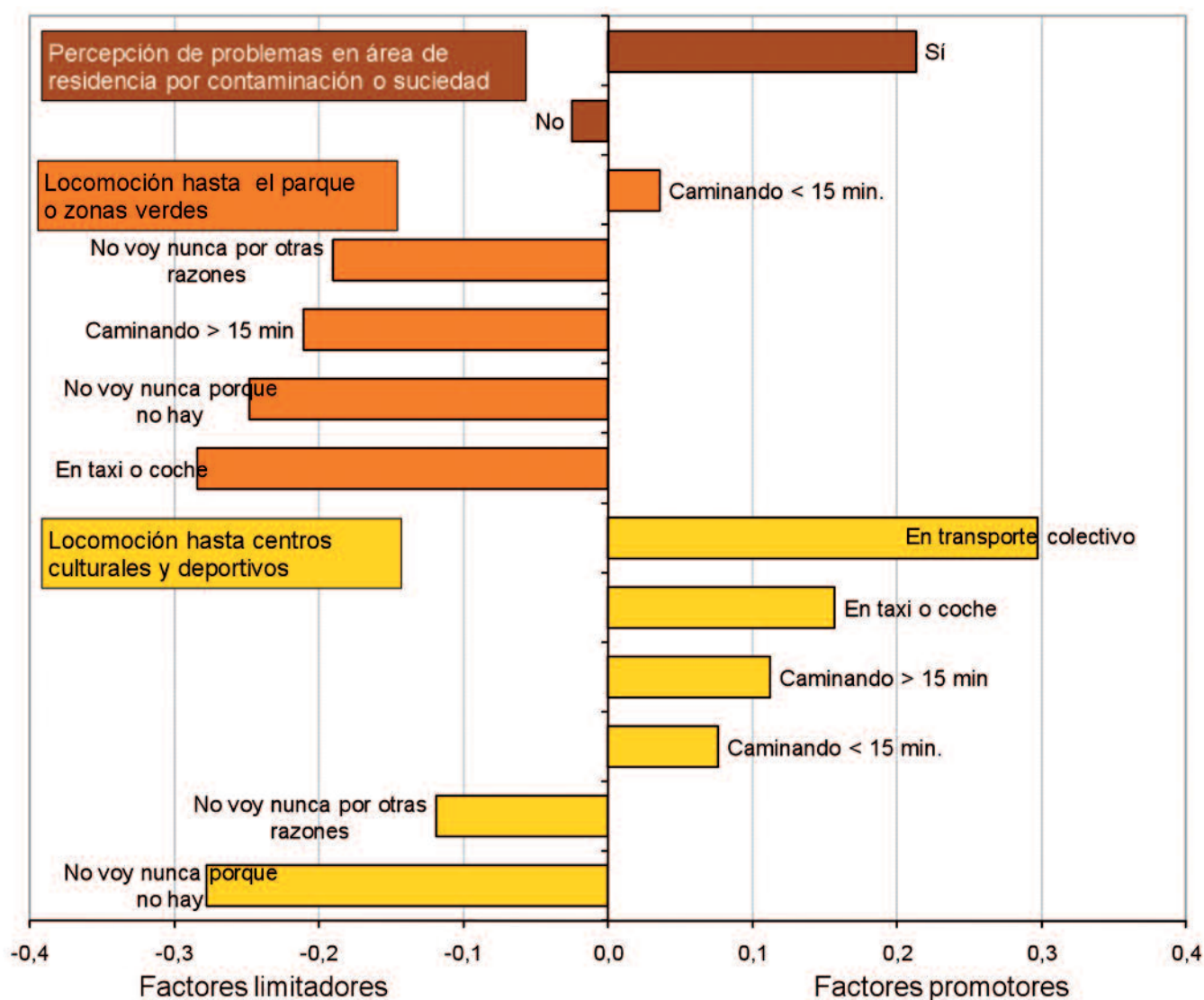
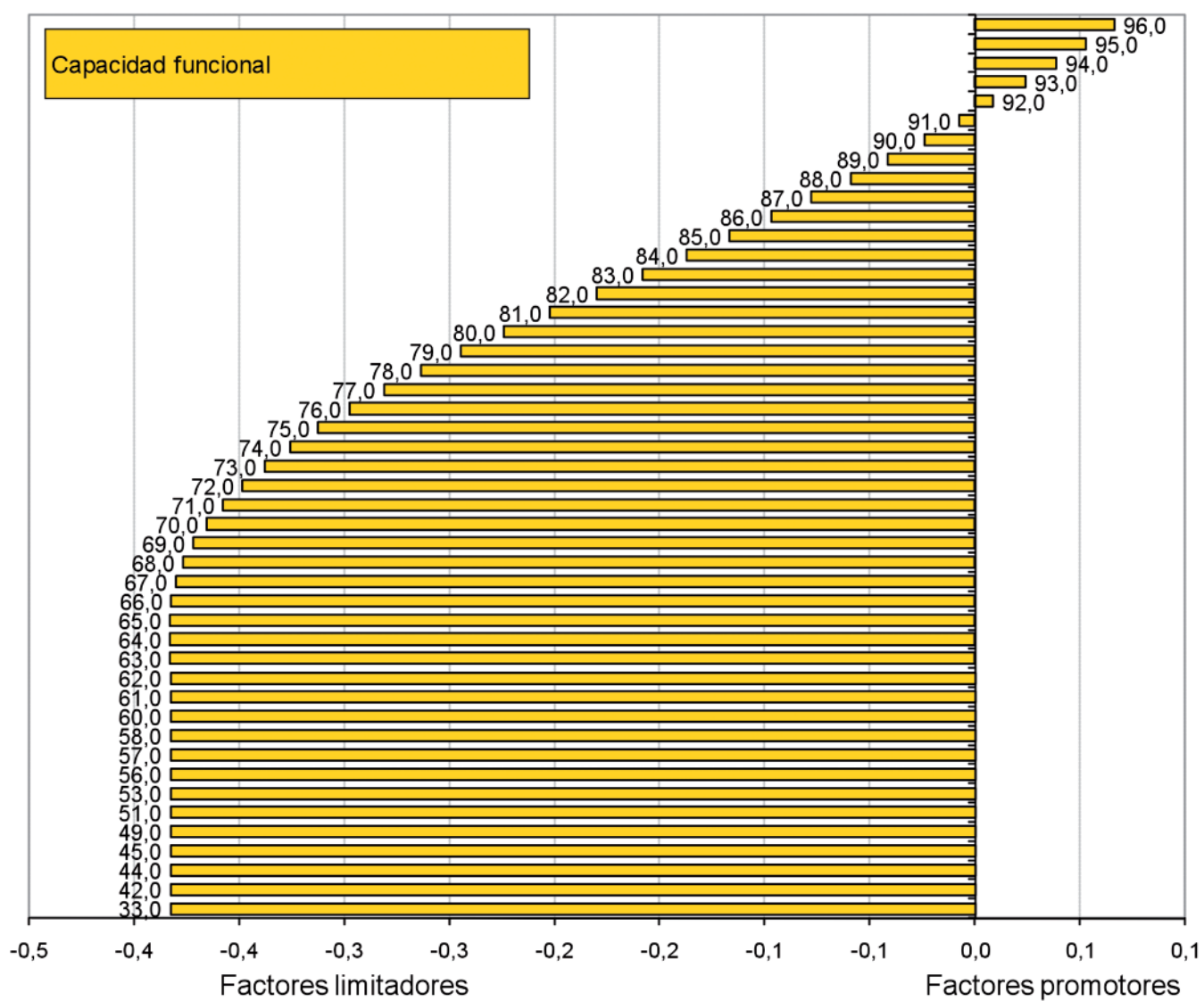


Gráfico 5.35. Factores promotores y limitadores de la vejez activa: capacidad funcional



d. A modo de conclusiones

De entre las diversas perspectivas de afrontar las formas de envejecer, como se ha revisado a partir de la bibliografía científica internacional, este capítulo se centra en la vejez activa a través de la participación de la población de edad en la realización de actividades de ocio y también de aquéllas de carácter social y comunitario, incluido el voluntariado formal o informal. Se ha enfocado el análisis, por tanto, desde una perspectiva positiva de la vejez, como base de una mejor forma de envejecer y como sustento también de una mejor calidad de vida a esta edad.

No ha sido un estudio aislado en sí mismo, sino que se ha prestado atención a las condiciones de vida de las personas y al rol desempeñado por los entornos social y físico donde se desarrolla la misma, en un afán de estudio sistémico y de interrelaciones sobre la multiplicidad de dimensiones que atañen a la personas de edad.

Los resultados obtenidos han constatado un modelo de envejecimiento activo, basado en la información del Estudio Piloto ELES, en cuatro grupos de personas; estos grupos podrían reducirse a dos, con la mitad de los sujetos cada uno: por un lado, los que practican actividades y, por otro, aquellos que declaran una baja actividad general en cualquiera de las actividades analizadas. Pero ¿cómo se han obtenido los grupos? Los sujetos insertos en estos 'grupos homogéneos', como se denominan según las técnicas analíticas utilizadas, lo son internamente en su grupo pero distintos de los sujetos de los grupos restantes. En este sentido, los sujetos que se han clasificado en un grupo, y no en otro, han mostrado perfiles de práctica de actividades (según tipo y frecuencia de realización) similares entre sí y diferentes de los demás sujetos de otros grupos.

Los cuatro grupos de sujetos obtenidos se han etiquetado como: 1) actividades relativas al aprendizaje y viajes-turismo; 2) actividades realizadas en el entorno residencial y social; 3) participación en asociaciones de cualquier tipo; y 4) bajo nivel de actividad en general.

En líneas generales, los tres grupos caracterizados por la práctica activa fueron quienes, de forma bastante definida, se decantaron por una o más actividades, lo que significaría una capacidad funcional, una motiva-

ción personal y un propósito por desarrollar actividades, que sin duda tendrán beneficios muy diversos, ya sean de tipo físico, mental o emocional. Como han señalado otros estudios, también el hecho de mantener un comportamiento activo y positivo se relaciona directamente con la felicidad (Oerlemans et al., 2011), destacando que la práctica de actividades concretas, como las de voluntariado, tiene notables efectos personales y sociales (Grano et al., 2008) y ayuda a prevenir la exclusión social (Naegle et al., 2010). Por el contrario, desarrollar actividades que conllevan poca motivación, o incluso no realizarlas, como ha sido el caso de la mitad de los sujetos estudiados, produciría escasa recompensa y no facilitaría la reciprocidad emocional (Wahrendorf et al., 2006).

Pero además, los 4 grupos homogéneos de sujetos obtenidos han revelado perfiles diferentes en relación con los factores, de carácter objetivo o subjetivo, que ayudan a explicar su comportamiento participativo o no. Entre los primeros, la edad y el sexo, el nivel educativo, el funcionamiento físico, la salud u otras condiciones personales, están entre los más frecuentes. Así, el hecho de tener menos edad se asocia, generalmente, con niveles educativos más altos y está condicionando, a su vez, la realización de actividades de mayor implicación personal, como las de aprendizaje, formativas, de turismo y viajes, y de participación asociativa. Este perfil se opuso al de quienes apenas han destacado en la práctica de actividades o a los que sólo declararon aquellas vinculadas al entorno residencial y social más cercano; en este sentido, las actividades desarrolladas fuera del hogar y que implican un esfuerzo de movilidad espacial tendieron a disminuir directamente con la edad, lo que también se ha observado en relación con la realización de actividades culturales-formativas y de viajes.

Algo semejante sucede con otra de las variables esenciales para entender el desarrollo de actividades en la vejez, como el sexo, si bien en este estudio esta variable no ha resultado estadísticamente significativa, es decir, no se han apreciado diferencias entre hombres y mujeres. No obstante ello, otras variables utilizadas podrían estar recogiendo el papel del sexo como factor explicativo. Así podría suceder con los estudios realizados y otros rasgos socioeconómicos,

por cuanto para la población analizada, el nivel de estudios y, consecuentemente, el perfil de estatus socioeconómico, suele ser más alto entre la población masculina y entre quienes tienen menos edad. En este sentido, las dos categorías con mayor nivel de estudios (secundarios y superiores o universitarios) manifestaron una relación positiva con la realización de actividades, y especialmente aquellas de mayor implicación y motivación personal (participación social, aprendizaje, culturales, viajes).

Las categorías de relación con la actividad, es decir, si una persona está inactiva (jubilada, labores del hogar, tareas de cuidado, otros tipos de inactividad) o, por el contrario, aún permanece en actividad laboral, han constatado también su importancia en el estudio de la vejez activa. Así, las personas jubiladas, al disponer de más tiempo, manifestaron una cierta predisposición a realizar actividades, especialmente en el entorno residencial y social, en la medida en que fueran relativamente jóvenes y, sobre todo, hombres, en contraposición con quienes mostraron un bajo perfil de actividad, en general los más mayores y las mujeres. Por su lado, si bien las personas aún en actividad laboral también predominan en el grupo de baja actividad, en el resto de los grupos fueron los sujetos más representativos, destacando los de implicación formativa, cultural, viajes y turismo así como en voluntariado.

Dada la importancia del nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento físico y mental en el bienestar y la calidad de vida de la población conforme envejece (Castejón Villarejo et al., 2007; Fernández-Mayoralas, 2011), esta dimensión se ha asociado significativamente con los grupos de personas identificados según las actividades practicadas. Así, se ha apreciado una relación clara entre quienes informaron indicadores de 'mala salud y peor nivel de funcionamiento' con una menor tendencia hacia comportamientos activos, en clara oposición a quienes, por el contrario, no encontraron impedimentos en su funcionamiento físico, sea medido de forma objetiva o subjetiva, para orientar su tiempo de forma activa.

El contexto social es un componente esencial para un envejecimiento activo porque ayuda a valorar la importancia de aspectos como la estructura familiar y social (Ahmed-Mohamed et al., 2011), su densidad y calidad,

la percepción de soledad, (Adams et al. 2010; Prieto-Flores et al., 2011b), etc. De entre las diversas variables de esta dimensión utilizadas, sólo la frecuencia de contacto presencial con la red de amigos/as se erigió como variable fundamental entre los factores que promueven o limitan la vejez activa. Así, se ha identificado un perfil más activo de los adultos mayores cuando interactuaron con el entorno residencial y social o participaron activamente en asociaciones de diverso fin. Es reconocido el papel de estas redes sociales en el mantenimiento de buenos niveles de salud física y mental (Adamson et al., 2006; Puga González, 2007) o en el apoyo social (Bowling et al., 2008). Sin embargo, no es tan importante esta variable cuando la actividad es más específica (clúster de aprendizaje y viajes), o cuando se mantienen bajos niveles de actividad (grupo 4), porque la red familiar vendría a suplir esa baja participación, aunque sus beneficios sean también reconocidos para los individuos.

Otro tipo de factores, como aquellos relacionados con las percepciones del individuo, y en particular la satisfacción con la forma en que la persona mayor emplea el tiempo libre, como indicador de bienestar personal, mostró significación en el modelo de vejez activa. Así, bajos niveles de satisfacción con el empleo del tiempo libre van a predecir un comportamiento caracterizado por la no participación en actividades de ocio y asociativas (Chaves et al., 2009; Lardiés-Bosque, 2011); por el contrario, un elevado nivel de satisfacción con el uso del tiempo libre se va a erigir como factor promotor de la participación activa en la vejez.

La influencia de algunos de los rasgos del entorno residencial en el funcionamiento físico, mental y bienestar de los individuos es una tendencia reconocida en la literatura internacional (Prieto-Flores et al., 2011). En nuestro estudio algunas variables de este ámbito interactuaron en el modelo de vejez activa por cuanto el entorno residencial habitual de vida es el espacio geográfico de más uso y apego entre la población de edad (Rojo-Pérez et al., 2001). La realización de actividades en centros culturales o deportivos o el acceso a parques o zonas verdes, como espacios de contacto social a los que se accede fácilmente desde la vivienda de residencia, caminando o en transporte público, se asoció con los sujetos más activos.

Por otro lado, quienes reflejaron un perfil de baja actividad hicieron un uso menos frecuente de estos centros por diversas razones relacionadas con la salud, la falta de motivación general o de movilidad.

La percepción de problemas en el área de residencia debidos a contaminación ambiental, suciedad y ruidos, también se asoció con una mayor actividad, quizás explicado por una posible mayor integración de las personas activas en su entorno físico y social y, por tanto, también una más alta concienciación de la presencia de estos problemas.

En conclusión, es preciso hacer dos consideraciones. En primer lugar, partiendo del hecho de que envejecer de forma activa es un proceso que no nace cuando la población es mayor, sino que se va fraguando durante el curso de vida, y ello tiene efectos positivos para la calidad de vida de las personas, se ha investigado y

obtenido un modelo sobre vejez activa en el marco de la multidimensionalidad de la vejez, esto es, considerando los factores individuales, sociales o del entorno residencial que subyacen en la realización de actividades de diverso tipo. Por otro lado, la investigación realizada ha tenido como guía la necesidad de contribuir a hacer operativo este concepto a partir de unos datos de tipo transversal, los del Estudio Piloto ELES, y de los parámetros teóricos habitualmente considerados en la bibliografía científica. Un estudio como este debe ser superado en diversos aspectos para avanzar en el conocimiento de los procesos vitales que las personas mayores utilizan en la adaptación a sus cambiantes condiciones. En este sentido, el enfoque del análisis longitudinal podría ayudar a superar las limitaciones impuestas a la hora de establecer relaciones causales para comprender no sólo el modelo de vejez activa sino de un envejecimiento activo.

6

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: ALGUNAS CONSIDERACIONES BÁSICAS



6

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: ALGUNAS CONSIDERACIONES BÁSICAS

Autores: Rocío Fernández-Ballesteros

“Envejecimiento activo” pertenece a un ámbito semántico que ha ido desarrollándose exponencialmente a lo largo de los últimos 40 años, desde aproximadamente los años sesenta, abarcando distintos términos prácticamente sinónimos: envejecimiento con éxito, satisfactorio, óptimo, positivo, productivo (e, incluso, es equiparado en la literatura médica a “saludable”). La mayor parte de autores concuerdan en que, todas estas rúbricas verbales conforman un nuevo paradigma o nueva consideración de la vejez no solo como déficit y deterioro sino, también con posibilidades de desarrollo, optimización y compensación. Se trata de un concepto multidimensional, multidisciplinar y multinivel que abarca condiciones biológicas, psicológicas y sociales y que cuenta con repercusiones individuales y poblacionales.

a. El envejecimiento activo: qué es y a que se debe

Este nuevo enfoque está basado en cuatro importantes fuentes de incuestionable evidencia empírica procedentes del ámbito etnográfico, antropológico, histórico, biomédico, psicológico y socio-cultural (entre otros): 1) que a lo largo de la historia de la especie, ha existido y existe una mejora constante de los parámetros biofísicos, comportamentales y sociales

que han llevado a estimar en diez años la post-posición del envejecimiento (por ej.: Vaupel, 2011); 2) que pueden ser identificadas formas muy diversas, heterogéneas, de envejecer (es decir, que la varianza de cualquier parámetro del envejecimiento individual es muy alta; por ej.: Schaie, 2005); 3) que existe una importante capacidad de cambio y plasticidad a lo largo de la vida del individuo, también en la vejez, lo cual se expresa no solo en la capacidad de llevar al máximo las propias capacidades sino, también, de compensar los déficit (por ej.: Fernández-Ballesteros, et al. 2011), finalmente, 4) que tan solo un 25% de las formas de envejecer se debe a nuestros genes mientras que un 75% puede ser explicada por el ambiente (incluyendo el propio comportamiento) (por ej.: Kirkwood, 2005) y que, por tanto, el individuo y el contexto socio-cultural pueden hacer mucho por un buen envejecimiento individual y poblacional desde una perspectiva proactiva.

Así, el envejecimiento activo (envejecimiento con éxito, productivo, óptimo, etc.) cuenta con dos vertientes, poblacional e individual. Desde una perspectiva individual implica que el individuo es el agente y artífice de su propio envejecimiento, así como, poblacionalmente, que los responsables de las políticas socio-sanitarias han de crear ambientes saludables y activos para la promoción de un buen envejecimiento.

Desde una perspectiva poblacional, con motivo de la formulación del II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas (Madrid-International Plan of Action on Aging-MIPAA) en 2002, la Organización Mundial de la Salud publica el documento *Active ageing. A policy framework* (WHO, 2002) en el que envejecimiento activo es definido como el “proceso de optimización de las oportunidades salud, seguridad y participación en orden a mejorar el bienestar y la calidad de vida según se envejece” (p. 17) y sus determinantes establecidos en 6 grandes factores: ambientales (contexto rural/urbano, hogar, ambiente facilitadores); económicos (salarios, pensiones, trabajo, protección); Servicios sociales y sanitarios (promoción salud y prevención enfermedad, atención primaria, cuidado de larga duración); sociales (educación, apoyo social, prevención de la violencia y el abuso); conductuales (actividad física, dieta, uso de medicación, control alcohol, no tabaco) y personales (biológicos y psicológicos). Por supuesto, tanto el sexo como la cultura son factores determinantes transversales del envejecimiento activo.

Estos planteamientos sobre el envejecimiento activo son también asumido por Naciones Unidas, en el MIPAA (UN, 2002), por la UNECE (en su documento sobre la *European Strategy*, Berlín, 2002; UNECE, 2003) y que la propia Unión Europea dedica al envejecimiento activo varias directrices, estrategias y programas (en sus Sesiones de Lisboa, Estocolmo y Barcelona) y que ha culminado con la declaración del Año Europeo del Envejecimiento Activo y relaciones intergeneracionales en 2012.

Desde una perspectiva individual, el envejecimiento activo, es definido -tanto por expertos como considerado por las propias personas mayores- por un set de 4 dominios que implican buena salud e independencia, buen funcionamiento físico y cognitivo, adecuada auto-regulación emocional con predominio del afecto positivo y el control y, finalmente, una alta participación social (Fernández-Ballesteros, 2002, 2008, Fernández-Ballesteros et al., en prensa; Fries, 1989; Peel et al., 2005; Rowe y Khan, 1989). En este caso, los determinantes del envejecimiento activo individual están en relación con lo que los individuos puedan hacer a lo largo de su vida y, por tanto, son

coincidentes con los factores personales y comportamentales propuestos por la OMS y examinados en el párrafo anterior. Estos determinantes han sido establecidos mediante estudios empíricos, transversales, longitudinales y por bien regulados estudios experimentales sobre efectos benéficos del ejercicio físico, la dieta, la actividad cognitiva y social, los efectos de intervenciones sobre el estrés y el control y un largo etcétera (para una revisión, ver Fernández-Ballesteros, 2008).

b. Algunos elementos para la promoción del envejecimiento activo

Dado que existe clara evidencia de cuáles son los factores que determinan el envejecimiento activo y, más aún, que el individuo y los poderes públicos pueden hacer mucho en su promoción podemos delinear algunos de los aspectos más importantes para su promoción.

Existen recomendaciones elaboradas por organismos internacionales y por expertos que se presentan en las Tablas 6.1 y 6.2. En la Tabla 6.1 se muestran las políticas propuestas por la OMS (2001, 2002) involucradas en los determinantes propios del envejecimiento poblacional y que necesariamente depende de políticas públicas. Conviene resaltar que no se trata sino de presentar unos pocos ejemplos sobre cuáles son las líneas directrices de cada uno de los bloques delineados por la OMS.

En la Tabla 6.2. se presentan los cuatro dominios del envejecimiento activo anteriormente listados y, en cada uno de esos dominios, algunas de las condiciones más relevantes para su promoción (ver, por ej.: Fernández-Ballesteros, 2008, Fries, 1989). Basados en ellos existen programas complejos en distintos formatos (por ejemplo, “Vivir con Vitalidad ®” que puede ser auto-administrados, multimedia, curso presencial o en formato e-learning) que han sido aplicados en los últimos quince años y cuentan con valoraciones positivas obtenidas mediante diseños experimentales (ver Fernández-Ballesteros, 2002; Molina et al., 2011; López et al. 2011; Caprara et al., 2012).

Tabla 6.1. Políticas referidas a los factores ambientales, económicos, sociales y salud y servicios como potenciales determinantes del envejecimiento activo.

Ambientales

Promover ambientes facilitadores teniendo en cuenta las diversas formas de envejecer y aquellos que viven en zonas rurales y urbanas en el propio domicilio o en residencias.

- Seguridad
- Transporte accesible
- Prevención de riesgos, caídas
- Servicios domiciliarios y de compañía, etc.

Económicos

Promover acciones esencialmente en tres ámbitos de protección:

- Sistema de pensiones no solo sostenibles sino justos y compatible con recepción por trabajo realizado posteriormente a la jubilación
- Jubilación voluntaria (MIPAA) considerando las distintas motivaciones para el trabajo
- Valoración de las personas mayores cuando realizan trabajos no remunerados

Sociales

Promover la educación a todo lo largo de la vida teniendo en cuenta que ello implica un factor protector de la salud a lo largo de la vida y, también, en la vejez.

- Promoción del aprendizaje durante la vejez
- Consideración de las personas mayores como un capital humano que ha de ser “utilizado”
- Lucha contra la discriminación en función de la edad

Servicios sociales y sanitarios

Promover el envejecimiento activo implica contar con una perspectiva del ciclo de la vida en la que se contemple la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a todo lo largo de la vida.

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Atención primaria
- Cuidados de larga duración
- Atención socio-sanitaria

Tabla 6.2. Políticas referidas a los factores conductuales y psicológicos como potenciales determinantes del envejecimiento activo (WHO, 2001, 2002)

Promocionar comportamientos saludables (estilos de vida que promueven la **salud conductual y el funcionamiento físico**)

- Asegurar una adecuada nutrición a lo largo del curso de la vida
- Prevenir el uso del tabaco y el uso saludable del alcohol
- Promover políticas para el seguimiento del uso de la medicación y la correcta adherencia a los tratamientos
- Promover políticas preventivas de los más importantes factores de riesgo
- Promover la actividad física a todo lo largo del proceso de envejecimiento

Promover los **factores protectores del buen funcionamiento cognitivo**

- Promover programas de alfabetización a todo lo largo de la vida así como programas de educación continua
- Promover la actividad cognitiva a todo lo largo de la vida y en la vejez
- Promover el compromiso con tareas intelectualmente demandantes
- Ejercitarse en habilidades verbales de comunicación

Promover el **afecto positivo y el control junto a las estrategias de afrontamiento ante la ansiedad y la depresión**

- Promover la realización de actividades reforzantes como acciones preventivas de la depresión y la soledad
- Promover estrategias de afrontamiento al estrés, la ansiedad y las situaciones conflictivas
- Promover la percepción de auto-eficacia
- Promover el pensamiento positivo y el sentido de control

Promover el **funcionamiento psico-social y la participación**

- Promover la conducta pro-social en las personas mayores
 - Promover la participación e implicación social
 - Promover el intercambio intergeneracional
-

c. Amenazas para la promoción del envejecimiento activo

Ese panorama positivo no puede concluirse sin presentar las amenazas que se ciernen en la promoción del envejecimiento activo tanto desde la población como desde el propio individuo. Como hemos demostrado repetidamente, la población, ostenta estereotipos negativos sobre las personas mayores y la vejez que son vistas como incompetentes, inservibles, inútiles. Es más, las propias personas mayores suelen ver a su grupo también negativamente; en este caso, también ello entraña una amenaza que impide el aprendizaje y el cambio positivo, aumenta los potenciales déficit producir cambios positivos por cuanto se ha dicho que el envejecimiento activo conlleva que las personas mayores sean conscientes de sus posibilidades de actuación proactiva, cambio y mejora y contemplen esa edad de la vida como un reto con posibilidades de cambio y mejora (Fernández-Ballesteros, 2011).

Todo ello tiene especial importancia cuando parece demostrado que los estereotipos sociales son asimilados a lo largo del ciclo de la vida y convertidos en auto-estereotipos (o imágenes sobre el propio envejecimiento). Imágenes positivas sobre el propio envejecimiento permiten predecir longevidad saludable (Levy, 2003, 2009).

Por todo ello, la promoción del envejecimiento activo conlleva favorecer el empoderamiento de las personas mayores y combatir los estereotipos negativos sobre la

vejez y los mayores así como fomentar las creencias de eficacia personal en el propio proceso de envejecimiento y colectiva de las personas mayores (ver Bustillos et al., 2012).

d. Conclusiones

El envejecimiento activo es una nueva visión del envejecimiento basado en múltiples pruebas empíricas procedentes de distintas disciplinas.

El envejecimiento de la población es el producto del éxito de la humanidad, pero es un nuevo reto.

El envejecimiento activo es un tipo de envejecer que no ocurre al azar: el cuidado de la salud, hábitos saludables, alta actividad física y cognitiva, auto-regulación emocional y control y la implicación social son los 4 dominios esenciales para envejecer bien a nivel individual. A nivel poblacional, el estado del bienestar es la salvaguarda del envejecimiento activo que debe ser preservado.

El individuo ha de concienciarse de que es agente en su forma de envejecer.

Los responsables de la atención integral de las personas mayores tienen el deber de promocionar el envejecimiento activo que es prevenir la dependencia (¡que es evitable!).

La sociedad debe luchar contra el edadismo que supone una amenaza.

7

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: DESARROLLANDO SU POTENCIAL



7

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: DESARROLLANDO SU POTENCIAL

Autores: Alan Walker

El envejecimiento sin precedentes del ser humano ha dado lugar a una investigación internacional de métodos y políticas que ayuden a dar respuesta a los retos que este hecho representa, sobre todo, en el caso de la región más anciana del mundo: Europa. La política imperante a este respecto se denomina «envejecimiento activo». Sin embargo y desafortunadamente, este concepto no se ha sabido interpretar y se cree que representa aspectos diferentes para cada persona. A nivel europeo y de los Estados Miembros, el envejecimiento activo se ha aplicado siempre con un sentido bastante limitado: el de trabajar durante más tiempo. Es decir, se ha interpretado como la respuesta a dos de los retos del envejecimiento en las sociedades: el incremento de los costes de la protección social y la disminución de la fuerza laboral. Esta limitada interpretación no hace justicia a toda la potencialidad del concepto de envejecimiento activo porque se centra únicamente en el mercado laboral, descartando otros ámbitos políticos críticos y convirtiéndose en un instrumento de política desalentador y unidireccional.

Para poder desarrollar todo el potencial del concepto del envejecimiento activo es necesario percibirlo como un concepto de gran alcance. Un buen punto de partida es la definición de la OMS:

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de oportunidades para la salud, la participación y la seguridad con el fin de mejorar la calidad de la vida a medida que la población envejece (OMS, 2002).

La importancia de este planteamiento reside en que no se centra únicamente en la población o los trabajadores de edad avanzada sino en el conjunto de la trayectoria vital. En otras palabras, el envejecimiento es continuo a partir del nacimiento e incluso anterior a este. Las limitaciones que las personas experimentan en una edad avanzada son producto de acontecimientos, experiencias o comportamientos de su vida anterior.

Una definición alternativa que pone más énfasis en la participación y el bienestar que la formulada por la OMS y que también distingue diferentes niveles de acción es la siguiente:

El envejecimiento activo debe entenderse como una estrategia integral para maximizar la participación y el bienestar a medida que las personas envejecen. Debe funcionar de manera simultánea a nivel individual (estilo de vida), organizativo (gestión de la edad) y social (política) y en todas las etapas de la vida.

El fundamento científico de esta definición consiste en la estrecha interrelación entre la participación en actividades sociales y el bienestar a todas las edades. Para garantizar que el envejecimiento activo es integral y sistemático es necesario asumir una serie de principios básicos:

- La actividad se define en su sentido más amplio y no sólo se refiere a la actividad económica, es decir, engloba todo aquello que contribuye al bienestar a medida que las personas envejecen. Debe incluir la actividad física y mental.

- La perspectiva vital se centra en el mantenimiento o la recuperación de la capacidad física o mental.
- Se pone énfasis en la prevención, tanto primaria como secundaria, lo que pone de relieve el hecho de que la vejez no es una cuestión cronológica sino una pérdida de funcionalidad y, por tanto, es necesario realizar todos los esfuerzos posibles para evitar esta pérdida o para restaurarla lo más rápido posible.
- Se debe incluir a todos los grupos de edad, los jóvenes, los de edad avanzada y también los más ancianos. Nadie es «demasiado mayor» para participar en las intervenciones del envejecimiento activo.
- Es importante reconocer y reaccionar ante la heterogeneidad o el «envejecimiento desigual» para poder reducir las diferencias en la esperanza de vida saludable, por género, clase social, profesión, etc.
- Este planteamiento debe permitir el desarrollo, así como la participación de individuos y comunidades y apoyar sus esfuerzos.
- El respeto a la diversidad cultural es fundamental. Cada país y cada grupo étnico tendrán planteamientos diferentes en cuanto a la actividad y a la participación. Es necesario integrarlos en una estrategia de envejecimiento activo.
- Es necesario realizar una orientación integral de la política. Es decir, unir las dependencias gubernamentales significativas (nacionales y locales) y las principales partes interesadas, especialmente las empresas y los sindicatos.
- La investigación y la evaluación deben proporcionar datos constantes sobre las prácticas más eficaces.

Estos principios indican que una estrategia eficaz en el envejecimiento activo debe ser integral y fundamentada en la colaboración entre los ciudadanos y la sociedad. Debe implicar a todos los participantes clave a tres niveles: macro (política), meso (organizaciones intermedias como empresas, servicios sanitarios) y micro (personas, familias y comunidades).

¿Qué tipo de acciones son necesarias para agilizar el envejecimiento activo? A continuación se ofrecen algunos ejemplos:

A nivel político: combatir la discriminación por edad, transferir recursos de la medicina curativa a la prevención, ejercer más énfasis en la prevención secundaria, intervenciones y medios, invertir en nuevas tecnologías que apoyen la vida autónoma, fomentar entornos favorables para el envejecimiento y el aprendizaje continuo.

A nivel organizativo: adopción de políticas de gestión de la edad, para prevenir el envejecimiento en el entorno laboral así como evitar la discriminación por edad, garantizando que la formación sea accesible para todos los grupos de edad, una jubilación flexible.

A nivel individual: asumir la responsabilidad de la salud propia y de las habilidades a lo largo de la vida, aprovechar el aprendizaje continuo y las oportunidades de formación, involucrarse en actividades que fomenten la salud física y mental.

Si este tipo de medidas se ponen en práctica de manera sistemática, el significado y la experiencia del envejecimiento sufrirán una transformación que dará lugar a un incremento de la esperanza de vida saludable y una mayor tendencia hacia la comprensión de la morbilidad.

8

RECOMENDACIONES



8

RECOMENDACIONES

Envejecer activamente significa, esencialmente, valorar las capacidades de las personas para desarrollar, autónomamente, una vida condicionada por una multiplicidad de motivaciones, intereses y formas de comportamiento diversos. Por lo tanto, las recomendaciones para una participación activa de la población mayor en España habrían de considerar (i) la diversidad de situaciones en las que se encuentran las personas, (ii) la necesidad de poner en valor sus capacidades de búsqueda de la mejor forma de promover su envejecimiento activo, (iii) la consecución o mantenimiento de una situación de máxima autonomía de funcionamiento, tanto físico como mental, alejada de los estereotipos negativos, y (iv) involucrar o hacer partícipes en las decisiones a las personas mayores en el diseño de las políticas públicas. El objetivo final de todas las recomendaciones debe ser la mejora de la calidad de vida y bienestar de las personas que envejecen, sin perder de vista su capacidad de optimizar de forma preventiva su forma de vida.

Las recomendaciones que emanan de esta investigación podrían sintetizarse de la siguiente manera:

1. Destruir el mito del envejecimiento demográfico como sinónimo de decadencia o amenaza, a través de:

a. **Distinguir los dos tipos de envejecimiento demográfico, el que resulta de la modernización demográfica y el resultante de las migraciones.** Con demasiada frecuencia se confunden el declive social y económico que genera abandono y emigración (especialmente rural) con los efectos de la

modernización demográfica. **Que se preste atención a las grandes diferencias de género entre los mayores (en renta, estado de salud, consumo, dedicación de tiempo a actividades), ya que requieren ajustes distintos en las políticas públicas.**

b. **Dejar de tratar el envejecimiento demográfico asociado a la modernización como una amenaza.** Es el resultado de una revolución reproductiva conseguida mejorando la vida de los nacidos y, por lo tanto su duración, pero también las características y prestaciones de la población en general cuando atraviesa todas las edades.

c. **No considerar la vejez como un grupo social, con intereses propios en competencia con el resto de edades.** La vejez es una etapa en la vida de todos, también jóvenes y adultos actuales. Buena parte de sus recursos y derechos se han obtenido en su vida previa a base de trabajo, no son “regalos” de nadie.

2. Reconocer el mérito de los propios protagonistas en la notable mejora de los mayores.

Los constantes avances en sus características económicas, físicas, educativas, sociales o familiares no son única ni principalmente resultado de las políticas protectoras de la vejez ni de la generosidad del resto de la sociedad hacia los mayores. Resultan de vidas completas, desde el nacimiento hasta la vejez, cada vez mejor dotadas y más productivas a medida que unas generaciones van sucediendo a otras en su llegada a la vejez.

3. Aprovechar las crecientes “potencialidades” sociales que implican tales mejoras. El creciente peso de esta clase de edad es favorable si sus características mejoran. Crece su capacidad para aportar recursos, atenciones, trabajo, conocimientos y apoyo al resto de edades. Hasta ahora esto sólo se ha aprovechado en el ámbito familiar, de forma espontánea. Sin embargo en el ámbito colectivo, una vez cerrado el mercado de trabajo, se han ideado pocas vías de participación real.

4. Fundamentar el desarrollo de actividades de tiempo libre en la mejora del bienestar físico y psíquico, de la satisfacción y de la calidad de vida de las personas mayores como mecanismo de autoafirmación personal y de superación de estereotipos. La investigación sobre envejecimiento activo demuestra la importancia de las actividades de tiempo libre que implican a la persona en contraste con las que fomentan una ausencia de implicación, lo que redundaría en imágenes limitadoras del hecho de envejecer activamente. Al mismo tiempo se demuestra que lograr una vejez activa se relaciona con estándares más altos de bienestar, satisfacción con la vida y calidad de vida en general.

5. Proporcionar a las personas mayores las oportunidades para poner en valor sus capacidades como personas. De esta manera se cambia la forma de entender la vejez activa como receptora de medidas que favorecen su desarrollo para ser considerada como ‘agente’ en la mejora de su propia autonomía de funcionamiento y su capacitación para hacer (empoderamiento) y en el cambio de su entorno vital. Entre las múltiples consecuencias de esta forma de entender la vejez, no son las menos importantes la promoción de la solidaridad entre personas y generaciones y de la inclusión social. **Facilitar incluso el retraso en la edad de jubilación a quienes lo soliciten y estén en condiciones de seguir trabajando.**

6. Valorar las personas mayores a través de imágenes positivas, como instrumentos de cambio social y económico. Para ello es esencial dar significado a la transmisión de su experiencia para la sociedad, a la contribución a asentar estruc-

turas de capital social esenciales para una vejez activa en entornos familiares (solidaridad intergeneracional) y sociales (participación asociativa, voluntariado), a la capacidad potencial de generación de recursos económicos. Desde este punto de vista, la vejez activa puede constituirse en un elemento fundamental en la cohesión social en el futuro.

7. Destacar el papel de las redes familiares y sociales como estructuras que propician un envejecimiento activo. En sociedades como la española, se ha constatado que la familia es, en gran medida, la estructura social que soporta al individuo en múltiples dimensiones de su vida, siendo ello esencial en el caso de grupos como los mayores. De la misma manera, en la sociedad actual, las instituciones y organizaciones sociales han ganado suficiente importancia para, junto a la familia, ser cauces de crecimiento personal, en este caso para el desarrollo de un envejecimiento activo. Ambas estructuras deben ser apoyadas para que sigan cumpliendo esta función de soporte y faciliten la generación de nuevas actividades. **Que la aportación y consumo de recursos no monetarizados, especialmente tiempo de cuidado, sea introducida en los indicadores estadísticos y en los análisis presupuestarios.**

8. Dar significado al entorno residencial (urbano, rural) como elemento organizador del espacio habitable para “envejecer en casa o en el lugar” con autonomía e independencia como estrategia residencial futura. Para las personas mayores la construcción de vivencias y experiencias está ligada al tiempo vivido (el curso de vida y sus eventos) y al espacio de vida, tanto la vivienda/hogar como el barrio y las relaciones sociales que allí se generan a través de los vecinos. El reconocimiento del papel desarrollado por el entorno físico de residencia es esencial para la construcción de un envejecimiento activo enriquecedor del tiempo de vida y por vivir, y no limitante del mismo. Es primordial, por tanto, favorecer el arraigo de la persona con su entorno donde mantener y completar su tiempo de vida.

9. Fomentar modelos de convivencia que faciliten el desarrollo de contactos para un envejecimiento más activo entre personas (transversales) y entre distintas generaciones de la misma o distinta familia (verticales) en el entorno residencial cercano. Es esencial transmitir estos valores de solidaridad al conjunto de la sociedad mediante las actividades sociales, culturales y comunitarias que los favorezcan. El objetivo final es la potenciación de una cultura de la participación entre personas de todas las edades.

10. Facilitar la sensibilización social sobre las posibilidades de la participación activa en el marco de una sociedad que envejece. Los efectos de este proceso, a medio o a largo plazo, son, esencialmente, la concienciación individual sobre las propias capacidades de envejecer activamente, la transmisión de valores sociales positivos, superadores de estereotipos negativos, o la reflexión de las instituciones, públicas y privadas, sobre la utilidad de instrumentos y medidas que fomenten el envejecimiento activo.

11. Favorecer el acceso de las personas mayores a los recursos públicos y privados, tangibles e intangibles, como garantía de realización de un envejecimiento activo. La sociedad actual ha conseguido ofrecer un amplio espectro de recursos de diverso tipo y utilidad para las personas y la sociedad, que deben ser puestos en valor para la población mayor en la medida en que actúan como recompensa no monetaria a los recursos generados por los individuos a lo largo de su vida laboral. Su conocimiento y uso debe ser potenciado y su acceso facilitado como un derecho adquirido y diferido hasta el momento de la jubilación.

12. Establecer mecanismos que fomenten la forma de vida activa a lo largo del ciclo de vida y en los distintos contextos (individual, familiar, comunitario), para llegar a la vejez con las destrezas necesarias para un comportamiento activo. Y ello podría afrontarse promoviendo esta forma de comportamiento en el tiempo y en el espacio residencial, a través de la acción conjunta del individuo (práctica de vida

activa) y de las políticas sociales (a través del diseño del entorno físico, que facilite la vida activa evitando/aminorando los factores de riesgo, y de la generación de programas que promuevan un comportamiento individual y social activo en todas las edades).

13. Fomentar la construcción de órganos de participación social e institucional de las personas mayores para la definición y diseño de medidas de participación activa en la sociedad. En el cambio de cultura entre la población mayor es esencial la puesta en marcha de espacios de debate y negociación en los que puedan participar las personas mayores, aportar su experiencia y contribuir a definir sus necesidades para una vejez más activa. La búsqueda de un empoderamiento de las personas debe ser un referente en este tipo de iniciativas.

14. Promover programas de participación en actividades que estén avaladas por un interés o necesidad social evidente en el contexto social o geográfico. Las administraciones, en su diversos niveles de competencia, ya están desarrollando políticas de promoción del envejecimiento activo, de variada importancia y significado. Sin embargo se debe procurar que tales políticas sean tributarias de dos condiciones esenciales: basarse en estudios e investigaciones específicas sobre el envejecimiento activo y desarrollar mecanismos de evaluación de tales políticas que eviten distorsiones y malas prácticas en su aplicación.

15. En general, y derivado de la recomendación previa, se sugiere la conveniencia de avanzar en el **estudio científico de los conceptos de envejecimiento activo, saludable, satisfactorio, etc.**, desde diversas posiciones científicas, de sus componentes (personales, comportamentales, generacionales, comunitarios y de relaciones sociales, etc.) y relación entre los mismos, así como de sus posibilidades de aplicación práctica a distintos contextos sociales, políticos y geográficos.

9

BIBLIOGRAFÍA



9

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán García, A.; Esparza, C.; Castejón, P., Pérez Díaz, J. (2011), "Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España". *Gaceta Sanitaria*, 25 (1): 5-11.
- ACTIVAGE. (2006). Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe. *International Social Science Journal*, 190: 617-631.
- Adams, K. B.; Leibbrandt, S.; Moon, H. (2010). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing and Society*, 31(4): 683-712.
- Adamson, L. y Parker, G. (2006). "There's More to Life Than Just Walking": Older Women's Ways of Staying Healthy and Happy. *Journal of Aging and Physical Activity*, 14(4): 380-391.
- Adveev, Alexandre, Tatiana Eremenko, Patrick Festy, Joëlle Gaymu, Nathalie Le Bouteillec, Sabine Springer (2011), « Populations et tendances démographiques des pays européens (1980-2010) », *Population*, 66 (1), pp. 9-133.
- Ahmed-Mohamed, K. y Rojo-Pérez, F. (2011). "Forma de convivencia y redes familiar y de amistad". En Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (Eds.). *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao, Fundación BBVA, p. 169-197.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183-190.
- Avramov, D.; Maskova, M. (2003). *Active ageing in Europe*. Strasbourg, Council of Europe, 2 vols.
- Ayala, A.; Rodríguez-Blázquez, C.; Frades-Payo, B.; Forjaz, M. J.; Martínez-Martín, P.; Fernández-Mayoralas, G. y Rojo-Pérez, F. On Behalf of Spanish Research Group of Quality of Life and Ageing. (2012). "Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España". *Gaceta Sanitaria*, Vol. 26, nº 4, p. 317-324.
- Beard, J.R.; Petitot, C. (2010). Ageing and Urbanization: Can Cities be Designed to Foster Active Ageing? *Public Health Reviews*, 32(2):427-450.
- Blasco, M.A., Pérez Díaz, J. (2011), *Envejecimiento*. Madrid: Los libros de la Catarata, colección Debates Científicos.
- Bolzman, Claudio (2012), "Democratization of ageing: also a reality for elderly immigrants?", *European Journal of Social Work*, pp. 1-17.
- Bourdelais, Patrice (1997), *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, Odile Jacob.
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Aging and Mental Health*, 12(3): 293-301.
- Bowling, A.; Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it. *British Medical Journal*, 331:1548-1551.
- Bowling, A.; Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*, 35(6): 607-614.

- Bowling, A.; Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighborhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing. *Social Science and Medicine*, 64(12): 2533-2549.
- Bowling, A.; Iliffe, S. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:13 (<http://www.hqlo.com/content/9/1/13>).
- Broadhead, W. E.; Gehlbach, S. H.; De Gruy, F. V. y Kaplan, B. H. (1988). "The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of Social Support in Family Medicine Patients". *Medical Care*, 26(7): 709-723.
- Brochure sur le vieillissement actif, «Nous avons tous un rôle à jouer»: europa.eu/ey2012/BlobServlet?docId=6773&langId=fr
- Castejón Villarejo, P.; Esparza Catalán, C. y Abellán García, A. (2007). "Salud, dependencia y cuidados". En Abellán García, A.; Del Barrio Truchado, E.; Castejón Villarejo, P.; Esparza Catalán, C.; Fernández-Mayoralas Fernández, G.; Pérez Ortiz, G.; Puga González, M. D.; Rojo Pérez, F. y Sancho Castiello, M. (Eds.). A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006. Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Colección Estudios, Serie Documentos Estadísticos, nº 22009, p. 66-82. URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-aproposito-01.pdf>
- Chaves, M. L.; Camozzato, A. L.; Eizirik, C. L. y Kaye, J. (2009). Predictors of normal and successful aging among urban-dwelling elderly Brazilians. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Science and Social Science*, 64(5), 597-602.
- Depp, C.A.; Jeste, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful ageing: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1): 6-20.
- De Jong Gierveld, J. y Van Tilburg, T. (2006). "A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness Confirmatory Tests on Survey Data". *Research on Aging*, 28(5), 582-598.
- Díaz Fernández, M. y Llorente Marrón, M.M. (2012). Una aproximación econométrica a la demanda mundial de cuidado, 2010-2050, Documentos de Trabajo, Fundación BBVA, mayo / 2012.
- Diener, E.; Wirtz, D.; Biswas-Diener, R.; Tov, W.; Kim-Prieto, Ch.; Choi, D-W. y Oishi, S. (2009). "New Measures of Well-Being". In Diener, E. (Ed.). *Assessing Well-Being. The Collected Works of Ed Diener*. Dordrech, The Netherlands, Springer, Social Indicators Research Series, nº 39, p. 247-266.
- Domínguez Serrano, M. (2012). El trabajo no remunerado en África, Documentos de Trabajo, Fundación BBVA, mayo / 2012.
- Duque, J. M. y Mateo, A. (coords.). (2008). La participación social de las personas mayores. Colección Estudios, Serie Personas Mayores, nº 11005. Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Durán, M.A. (2008). "Integración del trabajo no remunerado en el análisis de los sectores de salud y bienestar social" en *La economía invisible y las desigualdades de género*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- Durán, M.A. (2011). Las personas mayores en el medio rural y urbano. En IMSERSO. *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Madrid, IMSERSO, pp. 461-494.
- Durán, M.A. (2012). El trabajo no remunerado en la economía global, Fundación BBVA, Madrid.
- Durán, M.A. y Milosavljevic, V. (2012). "El trabajo no remunerado y las encuestas de uso del tiempo en América Latina", Documentos de Trabajo, Fundación BBVA, mayo / 2012.
- EUROSTAT (2012), Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012. European Commission.
- European Commission. (2011b). Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, European Commission, Brussels, nov. 2011.
- EUROPEAN COMMISSION (2011), The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies: Economic and Financial Affairs. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2011/ee4_en.htm
- European Commission(2012). Active Ageing. Report. Special Eurobarometer 378, European Commission, Brussels, 261 p.
- Fernández-Ballesteros, R.; Caprara, M.G.; García, L.F. (2005). Vivir con Vitalidad-M@: a European multimedia programme. *Psychology in Spain*, 9(1): 1-12.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1): 22-30.
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M.D.; López-Bravo, M.D.; Molina, M.A.; Díez-Nicolás, J.; Montero, P.; Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4): 641-647.

- Fernández-Ballesteros, R.; García, L.F.; Abarca, D.; Blanc, E.; Efklides, A.; Moraitu, D.; Kornfeld, R.; Lerma, A.J.; Mendoza-Nuñez, V. M.; Mendoza-Ruvalcaba, N.M.; Orosa, T.; Paul, C.; Patricia, C. (2010b). The concept of 'ageing well' in ten Latin American and European countries. *Ageing & Society* 30: 41–56.
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M. D.; Díez-Nicolás, J.; López-Bravo, M.D.; Molina, M.A.; Schettini, R. (2011). Productivity in old age, *Research on Aging*, 33(2): 205-236.
- Fernández-Mayoralas, G. (2011). "La salud y el funcionamiento como dimensión de calidad de vida". En Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (Eds.). *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao, Fundación BBVA, p. 113-167.
- Folstein, M. F.; Folstein, S. E.; Mchugh, P. R. y Fanjiang, G. Adapted By: Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G. y Grupo Zardemp. (2002). MMSE. Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Madrid, TEA ediciones.
- Funes, M.J. (2011). La participación en asociaciones de la población mayor de sesenta y cinco años en España. Análisis de sus efectos e indicaciones para las políticas públicas sectoriales. *Revista Internacional de Sociología*, 69(1): 167-193.
- García Díez, S. (2012). El cuidado de niños en Europa. Una reflexión sobre la actual orientación económica, Documentos de Trabajo, Fundación BBVA, mayo / 2012.
- Gergen, M. M.; Gergen, K. J. (2001). Positive aging: new images for a new age. *Ageing International*, 27(1): 3-23.
- Giorgi, L. (2006). Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe. *International Social Science Journal*, 190: 617-631.
- Grano, C.; Lucidi, F.; Zelli, A. y Violani, C. (2008). Motives and determinants of volunteering in older adult: an integrated model. *International Journal of Aging and Human Development*, 67(4): 305-326.
- Halvorsrud, L. y Kalfoss, M. (2009). "The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994-2006". *European Journal of Ageing*, 4(4): 229-246.
- Hank, K. (2011b). How "successful" do older Europeans age? Findings from SHARE. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 66B(2): 230–236.
- Hank, K.; Stuck, S. (2007). Volunteer Work, Informal Help, and Care among the 50+ in Europe Further Evidence for 'Linked' Productive Activities at Older Ages. Discussion Paper 733, DIW Berlin, 21 p.
- Haski-Leventhal, D. (2009). Elderly Volunteering and Well-Being: A Cross-European Comparison Based on SHARE Data. *Voluntas*, 20:388-404.
- Heenan, D. (2011). How Local Interventions Can Build Capacity to Address Social Isolation in Dispersed Rural Communities: A Case Study from Northern Ireland. *Ageing International*, 36:475–491.
- Hiscock, J.E. (2007). Discourses of Enjoyment: Favourite Recreational Activities of 50-65yr Olds. *The International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 2(1): 145-152.
- Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn (2011), *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse*, Berne, Huber.
- IMSERSO (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Madrid, IMSERSO, 730 p.
- Joseph, A. E.; Cloutier-Fisher, D. (2005). Ageing in rural communities: vulnerable people in vulnerable places. En G. J. Andrews y D. R. Phillips (Eds.), *Ageing and place: Perspectives, policy, practice*. London, Taylor and Francis Group, pp. 136-146.
- Kalache, A. (1999). Active ageing makes the difference. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(4): 2999.
- Kalache, A. (2011). Una sociedad para todas las edades. En IMSERSO. *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Madrid, IMSERSO, pp. 495-523.
- Kohli, M.; Hank, K.; Kunemund, H. (2009). The social connectedness of older Europeans: patterns, dynamics and contexts. *Journal of European Social Policy*, 19(4): 327-340.
- Lalive d'Epinay, Christian (1991), *Vieillir ou la vie à inventer*, Paris, L'Harmattan.
- Lalive d'Epinay, Christian, Jean-François Bickel, Carole Maystre, Nathalie Vollenwyder (2000), *Vieillesse au fil du temps. Une révolution tranquille*, Lausanne, Réalités sociales.
- Lalive d'Epinay, Christian, Dario Spini (2008), *Les années fragiles. La vie au-delà des quatre-vingts ans*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Lardiés-Bosque, R. (2011). "Ocio, tiempo libre y calidad de vida en la población mayor". En Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (Eds.). *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao, Fundación BBVA, p. 235-270.
- Lee, P.-L., Lan, W.; Yen, T.-W. (2011) Aging Successfully: A Four-Factor Model. *Educational Gerontology*, 37(3): 210-227.

- Levasseur, M.; Richard, L.; Gauvin, L.; Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities, *Social Science & Medicine* 71: 2141-2149.
- Levenson, H. (1981). "Differentiating among internality, powerful others, and chance". En Lefcourt, H. M. (Ed.). *Research with the locus of control construct*. New York, Academic Press, Vol. 1, pp 15-63.
- Marhankova, J. H. (2011). Leisure in old age: disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing. *International Journal of Ageing and Later Life*, 6(1): 5-32.
- Martínez-Maldonado, M.L., Correa-Muñoz, E.; Mendoza-Núñez, V.M. (2007). Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health*, 7:276.
- Michael, Y.L.; Green, M.K.; Farquhar, S.A. (2006). Neighborhood design and active aging. *Health and Place*, 12(4): 734-740.
- Mollenkopf, H.; Walker, A. (Eds.). (2007). *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Dordrecht, Springer.
- Monod, Stéphanie, Annelore Sautebin (2009), « Vieillir et devenir vulnérable », *Revue médicale suisse*, pp. 2353-2357.
- Monreal, P.; Vila, A. (2008). Programa integral de atención a las personas mayores en una zona rural. *Anuario de Psicología*, 39(3): 351-370.
- Moulaert, Thibault, Dimitri Léonard (2011), « Le vieillissement actif sur la scène européenne », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, (2105), pp. 5-33.
- Naegele, G. y Schnabel, E. (2010). Measures of social inclusion of the elderly. The case of volunteering. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 40 p.
- Neal, J. D., Sirgy, M. J. y Uysal, M. (1999). "The role of satisfaction with leisure travel/tourism services and experiences in satisfaction with leisure life and overall life". *Journal of Business Research*, 44(3): 153-163.
- Netuveli, G.; Blane, D. (2008). Quality of life in old ages. *British Medical Bulletin*, 85:113-126.
- Ney, S. (2006). Active aging policy in Europe: between path dependency and path departure. *Ageing International*, 30(4): 325-342.
- Nimrod, G. (2007). «Retirees' Leisure: Activities, Benefits, and their Contribution to Life Satisfaction». *Leisure Studies*, 26(1): 65-80.
- Nimrod, G. (2008). In support of innovation theory: innovation in activity patterns and life satisfaction among recently retired individual. *Ageing and Society*, 28(6): 831-846.
- Oerlemans, W.G.; Bakker, A.B. y Veenhoven, R. (2011). Finding the key to happy aging. A day reconstruction study of happiness. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(6):665-74.
- Oris, Michel, Mathias Lerch (2009), « La transition ultime. Longévité et mortalité aux grands âges dans le bassin lémanique », in *Transitions dans le parcours de vie et construction des inégalités*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, pp. 407-432.
- Ouwehand, C.; de Ridder, D.; Bensing, J.M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27(8): 873-884.
- Overs, R. P., Taylor, S., Cassell, E. y Chernov, M. (1977). *Avocational counseling for the elderly*. Sussex. *Avocational Counseling Research*.
- Peel, N. M.; McClure, R. J.; Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of health ageing. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3): 298-304.
- Pérez Díaz, J. (2010), "El envejecimiento de la población española" *Investigación y Ciencia*, (410): 34-42.
- Perrig-Chiello, Pasqualina, François Höpflinger, Christian Suter et al. (2009), *Générations – structures et relations. Rapport « Générations en Suisse »*, Zürich, Seismo.
- Prieto-Flores, M.E.; Fernandez-Mayoralas, G.; Forjaz, M. J.; Rojo-Perez, F. y Martinez-Martin, P. (2011a). "Residential satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities". *Health and Place*, 17(6): 1183-1190.
- Prieto-Flores, M.-E.; Forjaz, M.-J.; Fernandez-Mayoralas, G.; Rojo-Perez, F. y Martinez-Martin, P. (2011b). "Factors Associated With Loneliness of Non-institutionalized and Institutionalized Older Adults". *Journal of Aging and Health*, 23(1): 177-194.
- Pruchno, R.A.; Wilson-Genderson, M.; Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B(6): 671-679.
- Puga González, M. D. (2007). "Redes sociales y salud". En Abellán García, A.; Del Barrio Truchado, E.; Castejón Villarejo, P.; Esparza Catalán, C.; Fernández-Mayoralas Fernández, G.; Pérez Ortiz, G.; Puga González, M. D.; Rojo Pérez, F. y Sancho Castiello, M. (Eds.). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*. Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Colección Estudios, Serie Documentos Estadísticos, nº 22009, p. 27-39. URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-aproposito-01.pdf>

- Robison, J.; Gruman, C.; Gaztambide, S. y Blank, K. (2002). "Screening for depression in middle-aged and older Puerto Rican primary care patients". *The Journal of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57A(5): M308-M314.
- Rogero, J. (2012). Las regiones con sobrecarga de cuidado. Variaciones continentales en la atención a adultos dependientes. Documentos de Trabajo, Fundación BBVA, mayo / 2012.
- Rojo-Pérez, F. (2011). "El entorno residencial como escenario del envejecimiento en casa y de calidad de vida en la vejez". En Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (Eds.). *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao, Fundación BBVA, p. 271-319.
- Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas Fernández, G. (2007). "El entorno residencial". En Abellán García, A.; Del Barrio Truchado, E.; Castejón Villarejo, P.; Esparza Catalán, C.; Fernández-Mayoralas Fernández, G.; Pérez Ortiz, G.; Puga González, M. D.; Rojo Pérez, F. y Sancho Castiello, M. (Eds.). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*. Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Colección Estudios, Serie Documentos Estadísticos, nº 22009, p. 41-63. URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-aproposito-01.pdf>
- Rojo-Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G.; Pozo-Rivera, E. y Rojo-Abuín, J. M. (2001). "Ageing in place: predictors of residential satisfaction of elderly". *Social Indicators Research*, 54(2): 173-208.
- Scott, D. y Willits, F. K. (1998): «Adolescent and adult leisure patterns: A Reassessment». *Journal of Leisure Research*, 30(3): 319-330.
- Siegrist, J.; Wahrendorf, M. (2009). Participation in socially productive activities and quality of life in early old age: findings from SHARE. *Journal of European Social Policy*, 19(1): 317-326.
- Skinner, M.W., Rosenberg, M.W., 2006. Managing competition in the countryside: non-profit and for-profit perceptions of long-term care in rural Ontario. *Social Science and Medicine* 63: 2864-2876.
- Stenner, P.; McFarquhar, T.; Bowling, A. (2010). Older people and 'active ageing': Subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology*, 16(3): 467-477.
- Stiglitz-Sen-Fitoussi (2009). Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm>
- The International Wellbeing Group. (2006). *Personal Wellbeing Index - Adult (PWI - A)*. Manual. Melbourne, Australian Centre on Quality of Life, Deakin University, 41 p. (4th edition, revised 06-10-2010 ed.). URL: http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing_index.htm
- Teófilo Rodríguez, J.; González Cabezas, A. N.; Díaz Veiga, P. y Rodríguez Rodríguez, V. (2011). "Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES". *Perfiles y tendencias*, nº 50, p. 1-44. URL: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/publicaciones_periodicas/boletin_envejecimiento/index.htm
- UNITED NATIONS (2011), *World Population Prospects. The 2010 Revision. Highlights and Advance Tables*. New York: UN Economic & Social Affairs. <http://esa.un.org/wpp/>
- Van Soest, A. (2010). *Ageing, Health and Pensions in Europe: An Economic Perspective*. Strasbourg, European Science Foundation, 35 p.
- Wahrendorf, M.; von dem Knesebeck, O.; Siegrist, J. (2006). Social productivity and well-being of older people: baseline results from the SHARE study. *European Journal of Ageing*, 3(2): 67-73.
- Walker, A. (2006). Active ageing in employment: Its meaning and potential. *Asia-Pacific Review*, 13(1):78-93.
- Walker, A. (2007). Active ageing. Paper to German Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth. European Congress on Demographic Change as Opportunity, Berlin, April 17-18.
- Walker, A. (2008). Commentary: The Emergence and Application of Active Aging in Europe, *Journal of Aging & Social Policy*, 21:1, 75-93.
- Walsh, K.; O'Shea, E. (2008). Responding to rural social care needs: Older people empowering themselves, others and their community. *Health & Place*, 14: 795-805.
- Wanner, Philippe, Claudine Sauvain-Dugerdil, Edith Guilley, Charles Hussy (2005), *Agés et générations. La vie après 50 ans en Suisse*, Neuchâtel, Office fédéral de Statistique
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva, World Health Organization, Department of Health Promotion, Non-communicable Disease Prevention and Surveillance, 1-60 p. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- World Health Organization. (2012), *Knowledge translation on ageing and health. A framework for policy development 2012*: World Health Organization. http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation
- Zunzunegui, M. V.; Beland, F. (2010). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. *Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria*, 24(Supl. 1): 68-73.

10

BIOGRAFÍAS



Diego Ramiro Fariñas

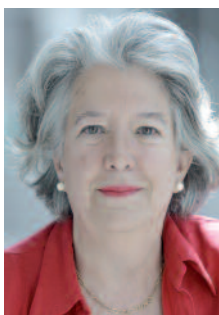
Es Científico Titular, en el Departamento de Población, del Instituto de Economía, Geografía y Demografía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Desde 1998, Doctor en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid. Durante su aprendizaje en demografía y estudios de población ha sido investigador visitante del Population Studies Center (Universidad de Michigan) en 1995 y 1996, del Population Studies Center de la Universidad de Pennsylvania en 1997, del Cambridge Group for the History of Population and Social Structure (Universidad de Cambridge (Reino Unido)) en 1996. De 1998 a 2000 fue Marie Curie Fellow en el Cambridge Group for the History of Population and Social Structure de la Universidad de Cambridge (UK). Desde 2001, se incorpora como Científico Titular, en el Departamento de Demografía, del Instituto de Economía, Geografía y Demografía; del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Desde 2002, Jefe del Departamento de Demografía, desde 2008 corresponsable de la línea de investigación Cambios sociodemográficos. Es director del Grupo de Investigación de Dinámicas Demográficas, de la Unidad Asociada: Unidad de Estudios Demográficos y Sociales (UEDS(UCM-CSIC)); y del Grupo de Estudios Población y Sociedad (GEPS) por parte del CSIC. Desde 2006, miembro del comité de Dirección de la Asociación de Demografía Histórica. Desde 2010, elegido miembro del comité directivo de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP) para Demografía Histórica.

Desde 2010, Vicedirector del Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Desde 2011, Presidente de la Asociación de Demografía Histórica. Sus principales líneas de investigación y publicaciones están relacionadas con el estudio de la mortalidad, el análisis demográfico y el desarrollo de estudios de carácter longitudinal. Dirige en la actualidad 5 tesis doctorales, es investigador principal de diversos proyectos de I+D tanto nacionales como internacionales, es director del curso de postgrado la Demography Today y es evaluador de diversas revistas nacionales e internacionales.

**Antonio Abellán García**

Doctor en Filosofía y Letras por la Universidad Complutense, desarrolla su carrera profesional en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Actualmente es Profesor de Investigación en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales.

Ha sido profesor en las Universidades Complutense y Autónoma de Madrid. Ha dirigido numerosos proyectos de investigación. Su área de especialización es la Gerontología Social: envejecimiento demográfico, salud y dependencia. Es responsable de "Portal Mayores", una iniciativa en Internet de Imsero y CSIC.

**María-Angeles Durán**

Es catedrática de Sociología Económica y profesora de investigación en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Ha sido presidenta de la Federación Española de Sociología y actualmente dirige la Cátedra UNESCO de "Políticas de Igualdad" en la Universidad Autónoma de Madrid.

Ha sido profesora visitante en las universidades de Michigan (Ann Arbor, becada por la Comisión Fullbright), Río de Janeiro (PUC, becada por UNESCO), Cambridge (UK, becada por la British Academy), Washington (Seattle) e Instituto Europeo de Florencia. Entre sus publicaciones sobre estructura social destacan los libros: "El trabajo de la mujer en España"; "Mujeres y hombres en la teoría sociológica"; "La jornada interminable"; "De puertas adentro"; "The future of work in Europe"; "Los costes invisibles de la enfermedad"; "Si Aristóteles levantara la cabeza"; "La cuenta satélite del trabajo no remunerado en la Comunidad de Madrid"; "El valor del tiempo"; "La ciudad compartida"; "Metodología de la investigación sobre uso del tiempo" y "El trabajo no remunerado en la economía global".

Su obra ha sido reconocida con numerosos premios, entre otros el Premio Nacional de Investigación en Ciencias Jurídicas, Económicas y Sociales "Pascual Madoz" y la concesión de los Doctorados Honoris Causa por la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad de Valencia. Colabora de modo habitual con instituciones sociales y movimientos ciudadanos, españoles e internacionales (UNESCO, CEPAL, OIT, OMS, etc.).

**Gloria Fernández-Mayoralas**

Es Doctora en Geografía por la Universidad Complutense e Investigadora Científica en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, donde actualmente ocupa el cargo de Directora del Instituto de Economía, Geografía y Demografía. Sus intereses se centran en la calidad de vida en la vejez, particularmente en las condiciones de salud y del entorno físico y social que promueven el envejecimiento en casa con autonomía e independencia.

En esta línea ha liderado o participado en proyectos de investigación y es autora o coautora de más de un centenar de libros, capítulos de libro o artículos en revistas de impacto, tales como Social Science & Medicine, Health & Place, Qualitative Health Research, International Psychogeriatrics, Applied Research in Quality of Life, Quality of Life Research o Journal of Aging and Health.

Desde 1989 integra el Grupo de Investigación en Envejecimiento (GIE-CSIC) y, en la actualidad, forma parte del Grupo Español de Estudios en Calidad de Vida y Envejecimiento (CSIC-ISCIII) y de la Unidad Asociada "El proceso de envejecimiento" (INGEMA-CSIC). Desde esta última colabora en el desarrollo del Estudio Longitudinal del Envejecimiento en España (ELES).



Julio Pérez Díaz

Doctor en sociología, científico titular del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Instituto de Economía, Geografía y Demografía, del Centro de Ciencias Humanas y Sociales) desde el año 2007 y durante los 16 años anteriores investigador del Centro de Estudios Demográficos y docente en la Universidad Autónoma de Barcelona. Sus temas de estudio son las políticas de población, el envejecimiento demográfico y la sociología de la vejez. Edita un sitio web propio sobre Demografía, como herramienta de apoyo docente y de divulgación:

<http://apuntesdedemografia.wordpress.com/>, donde difunde sus actividades e investigaciones, y pueden consultarse online sus publicaciones. Véanse el libro "La Madurez de Masas", premio Fundación la Caixa 2003, o el capítulo "Transformations of the World's Population: the Demographic Revolution" (en The Routledge International Handbook of Globalization Studies: Wiley-Blackwell, 2009). En 2005 dirigió, por encargo del INE, el Informe General de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999.

Actualmente es IP del proyecto "La Teoría de la Revolución Reproductiva", del Plan Nacional de I+D+I, y responsable de la línea de investigación "Cambios sociodemográficos en un mundo global" integrada por 38 investigadores del Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC.

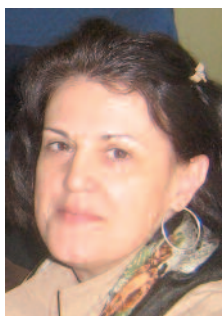


Vicente Rodríguez-Rodríguez

Vicente Rodríguez-Rodríguez es Doctor en Geografía e Historia por la Universidad Complutense de Madrid y Profesor de Investigación del Centro de Ciencias Humanas y Sociales, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Como miembro del Grupo de Investigación en Envejecimiento (GIE-CSIC), sus investigaciones se centran en diversos aspectos del envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales (estrategias residenciales de la población mayor, salud y dependencia, inmigración y cuidados, calidad de vida, análisis longitudinal).

Entre sus últimas investigaciones destacan el proyecto "Estudio Longitudinal Envejecer en España" (ELES), que tiene por objetivo el diagnóstico del proceso de envejecimiento de la población española en los próximos años.



Fermina Rojo-Pérez

Es Investigadora Científica en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CCHS, CSIC) y su tarea se desarrolla en el seno de los grupos de investigación a los que pertenece (Grupo de Investigación en Envejecimiento GIE-CSIC; Unidad Asociada INGEMA-CSIC; Grupo Español de Investigación en Calidad de Vida y Envejecimiento).

Las condiciones y calidad de vida como factores para envejecer en casa con autonomía e independencia están entre sus intereses de investigación. Asimismo, participa en el Estudio Longitudinal Envejecer en España (proyecto ELES), cuyo propósito es estudiar el proceso de envejecimiento en España durante los próximos años.

Ha difundido sus resultados de investigación en medios presenciales y escritos, habiendo sido copartícipe con el equipo de investigación de varios premios recibidos (Antonio Maura, Consejo Económico y Social de Madrid y CajaMadrid).



Michael Oris

Es licenciado en Historia y Doctor en Filosofía y Letras por la Universidad de Lieja. Actualmente es profesor en la facultad de Economía y Ciencias Sociales en la Universidad de Ginebra, donde lidera el centro Interdisciplinario de Gerontología. Anteriormente trabajó como investigador en la Fundación Nacional Suiza de Investigaciones Científicas. Entre sus últimos trabajos como investigador destacan su aportación como Codirector para el proyecto "Overcoming Vulnerability. Life Course Perspectives" del Centro Nacional de Competencia en Investigación de Berna, y el liderazgo del proyecto "sinergia" de "Old Age Democratization? Progresses and Inequalities in Switzerland" de la Fundación Nacional Suiza de Investigaciones Científicas. Además es Presidente electo de la Sociedad Demográfica de Historia, miembro de la Asociación Internacional de Demografía en Países de Lengua Francesa, y miembro del comité para la Demografía Histórica de la Unión Internacional para el Estudio Científico de Población, entre otros.



Rocío Fernández-Ballesteros García

Doctora en Ciencias Políticas y Sociología, Diplomada en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid y en Sociología por la Universidad Internacional de Estudios Sociales de Roma y Especialista en Psicología clínica. Catedrática Emérita de Psicología, directora del Grupo de investigación EVEN (EVALUACIÓN y ENVEJECIMIENTO) de la Universidad Autónoma de Madrid donde ha sido, entre otros cargos, Directora de Departamento (1980-83), Decana de la Facultad de Psicología (1983-87), Directora del Máster en Gerontología social (1990-06) y del Programa Universidad para Mayores (2003-10). Autora de 28 libros en psicología, evaluación y gerontología y de más de 300 publicaciones en Español, Inglés, Alemán, Italiano y Ruso. Miembro del Steering Committee de EUGERON (Envejecimiento, Salud y Competencia, 1996-99). Fundadora y Primera Presidente de la "European Association of Psychological Assessment". Editor-in-Chief (1985-2005) de la revista "European J. of Psychological Assessment" y miembro de Consejo Editorial de 20 revistas nacionales e internacionales en gerontología y psicología. Experta de Naciones Unidas para el "II International Plan of Action on Ageing" y consultora de la OMS para "Active Ageing. A policy framework". Premio "Aristóteles" otorgado por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) y "Contribución Distinguida" de la Asociación Internacional de Psicología Aplicada (IAAP), además de otros galardones recibidos por su trabajo científico en psicología y envejecimiento.



Alan Walker

El doctor Alan Walker es profesor de Política Social y Gerontología Social de la Universidad de Sheffield, en el Reino Unido. Lleva más de 35 años investigando y escribiendo sobre aspectos relacionados con política social y el envejecimiento. En la actualidad es Director del Programa de Nuevas Dinámicas de Envejecimiento (<http://www.newdynamics.group.shef.ac.uk/>) financiado por el AHRC, BBSRC, EPSRC, ESRC y MRC, y del Espacio Europeo de Investigación en Envejecimiento (<http://www.shef.ac.uk/era-age/>). Anteriormente dirigió el programa de mayores de edad del Reino Unido (<http://www.shef.ac.uk/uni/projects/gop/index.htm>) y el Foro Europeo sobre Población en Envejecimiento (<http://www.shef.ac.uk/ageingresearch>). También presidió el Observatorio Europeo del Envejecimiento y Personas mayores. Ha publicado más de 30 libros, 200 informes y 300 artículos científicos.

Los libros más recientes en el campo del envejecimiento incluyen "La calidad de vida en la vejez" y "Política Social en las Sociedades envejecidas". En 2007 recibió el Premio a su Trayectoria por la Asociación de Política Social y el primer Premio de Logro Excepcional por la Sociedad Británica de Gerontología. En 2011 recibió el primer premio de la IAGG europea por los Avances en Gerontología y Geriátrica en las Ciencias Sociales y del Comportamiento. Además de investigar la vida de personas de la tercera edad, Alan Walker está muy involucrado en las organizaciones de mayores como por ejemplo, siendo presidente de honor de la Convención Nacional de Pensionistas del Reino Unido, así como presidente de honor del Gran Foro de Londres para las Personas Mayores.